

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

No

182

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

GASTON VERBOUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 14 Novembre 1901 à Orcier (Haute-Savoie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Luxations Pathologiques " soudaines "

de la Hanche au cours de la Coxalgie

D'après neuf observations recueillies à l'Hôpital Maritime
de Berck-Plage

Président de thèse : M. le Professeur OMRÉDANNE

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1928

182

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

GASTON VERBOUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 14 Novembre 1901 à Orcier (Haute-Savoie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Luxations Pathologiques " soudaines "

de la Hanche au cours de la Coxalgie

D'après neuf observations recueillies à l'Hôpital Maritime
de Berck-Plage

Président de thèse : M. le Professeur OMRREDANNE

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1928

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY..
	GILBERT
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
Id.	RANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
RAMI.....	Pathologie médicale.	HEITZ-BOYER...	Urologie.
BERTIN.....	Pathologie médicale.	HOVELACQUE....	Anatomie.
SSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .	JOYEUX.....	Parasitologie
UDOUIN	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
NET.....	Physiologie.	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgie ¹
ANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
ULÉ.....	Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL....	Obstétrique.
DENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
AMPY.....	Histologie.	LIAN.....	Pathologie médicale.
IRAY.....	Pathologie médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgie ¹
ERC.....	Pathologie médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
BRÉ.....	Hygiène.	MONDOR.....	Pathologie chirurgie ¹
de JONG.....	Anatomie pathologique.	MOURE.....	Pathologie chirurgie ¹
VOIR.....	Médecine légale.	MULON.....	Histologie.
ALLE.....	Obstétrique.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
SSINGER.....	Pathologie médicale	RICHET Fils.....	Physiologie.
X.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
RNIER.....	Pathologie expériment.	VERNE.....	Histologie.
RVIER.....	Pathologie médicale.	VELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
LAVERNE.....	Pathologie chirurgie ¹ .	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgie ¹
YGEROT.....	Pathologie médicale.	RETTERER.....	Histologie
ENIOT.....	Obstétrique	TANON.....	Pathologie médicale.
LORIER.....	Obstétrique.	VILLARET.....	Pathologie médicale.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LERI.....	Clinique médicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LÉPER.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE..	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique o l'adulte pour les accidentés du travail, les mut de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et q
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

Je dédie ces quelques pages en
témoignage de l'infinie recon-
naissance que je leur dois, et
l'affection la plus sincère et la
plus respectueuse.

A MES SŒURS

A MON FRERE

Mon meilleur ami,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE
Professeur de Clinique chirurgicale Infantile
de la Faculté de Médecine de Paris;
Chirurgien des Hôpitaux de Paris;
Chevalier de la Légion d'Honneur;
Croix de Guerre.

En témoignage de respectueuse et
profonde gratitude pour le grand
honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE SORREL,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris;
Chirurgien-chef de l'Hôpital Maritime de Berck;
Croix de Guerre; Médaille Militaire;
Chevalier de la Légion d'Honneur;
Membre de la Société de Neurologie.

Qui a bien voulu nous confier dans
ses services de Berck une place
d'interne. Il n'a cessé d'être
pour nous le guide le plus bien-
veillant et le plus averti. C'est
lui qui nous a inspiré ce travail.
Qu'il trouve ici l'expression
affectueuse de notre sincère et
profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. HOVELACQUE,
Chef des Travaux anatomiques
à la Faculté de Médecine de Paris.

En reconnaissance des conseils
éclairés qu'il nous a prodigués
durant nos études. Nous sommes
heureux de lui apporter ici ce
faible témoignage de notre res-
pectueuse affection.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MARTIN,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Qui nous a si souvent conseillé. Il
a bien voulu nous admettre dans
son service, où il n'a cessé de
nous témoigner la plus bienveil-
lante sympathie. Nous lui de-
mandons d'accepter ce faible
hommage de notre affection res-
pectueuse et de notre gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Lyon : MM. le Professeur LÉON TIXIER,
Professeur de Clinique chirurgicale;
le Professeur JOSEPH TEISSIER,
(*in memoriam*);
le Docteur DESGOUTTES,
Chirurgien de l'Antiquaille;

Paris : MM. le Docteur ANDRÉ MARTIN,
Chirurgien des Hôpitaux;
le Docteur MONIER-VINARD,
Médecin des Hôpitaux;
le Docteur A. LAFFITTE,
Médecin honoraire des Hôpitaux;
le Docteur A. LEVANT,
Accoucheur des Hôpitaux;
le Docteur TOURAINE,
Médecin des Hôpitaux (Consultation
de Syphiligraphie);
le Docteur E. SORREL,
Chirurgien des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

Charles FOHANNON,
Médecin-chef de l'Hôpital de San Salvadour;
MOZER, DELAHAYE, ANDRIEU, BOUQUIER et PARIN,
Médecins et Chirurgiens-assistants
de l'Hôpital Maritime de Berck;
LEMAIRE, WELTI, CLÈRET, JAUBERT.

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

Dans son remarquable traité de la Coxalgie, M. Ménard distingue deux variétés de luxations pathologiques pouvant survenir dans le cours de la coxo-tuberculose.

Les unes, de beaucoup les plus fréquentes, s'effectuent ordinairement de façon lente et progressive. Elles sont l'aboutissant du processus destructif de la tuberculose et de l'ulcération compressive-combinés. Les surfaces osseuses sont détruites, profondément ulcérées; leurs rapports respectifs sont modifiés.

Les autres sont rares. Le déplacement dans ce cas serait brusque : « Les surfaces articulaires ont conservé leur forme normale. Dans des circonstances, qui ne sont pas toujours bien déterminées, la tête fémorale s'échappe du cotyle, rappelant par là, jusqu'à un certain point, les caractères pathogéniques de la luxation traumatique. » Ces dernières, à notre avis, seules sont des luxations vraies. D'elles seules, nous nous occuperons dans ce travail.

Une luxation est caractérisée par la suppression des rapports normaux des surfaces articulaires, et ceci à des degrés variables.

A la hanche Lannelongue a bien décrit cette série de positions de la tête fémorale par rapport au talus cotyloïdien. Il y a d'abord empiètement, puis chevauchement, puis luxation vraie. Nous verrons ultérieurement que la graduation est peut-être plus grande encore.

Mais si les surfaces osseuses sont à tel point détruites que le segment fémoral en est réduit à un moignon, que le cotyle a perdu son sourcil, et de plus s'est agrandi par le haut, peut-on ici parler de luxation? Nous ne le croyons pas. Il serait plus juste de désigner ces ascensions fémorales sous le vocable un peu vaste de : *déplacements secondaires*.

Deux types classiquement schématisent ceux-ci :

a) L'un comprend les cas nombreux, dans lesquels une tête fémorale détruite, le plus souvent érodée circulairement, en forme de bec d'oiseau par exemple, est mobile dans un cotyle, ordinairement éculé par le haut : c'est la pseudarthrose intracotyloïdienne de Ménard. Ordinairement le pronostic fonctionnel est sombre. Il est facile à comprendre en effet combien insuffisant est un pareil appui.

b) L'autre type, beaucoup plus fréquent, répond aux cas courants de destruction large de la tête et du col fémoral, et de disparition du sourcil cotyloïdien dans sa partie supérieure. Il n'y a pas ici luxation —

comme il est classique de le dire — mais un glissement du vestige fémoral sur la face érodée du sourcil.

Quelquefois il se produit à ce niveau une solide ankylose fibreuse ou osseuse, favorable à la marche ultérieure.

D'autres fois le moignon fémoral est mobile plus ou moins. Il est uni à l'iléon par des tractus fibreux lâches, sorte de néarthrose, donnant lieu à la hanche ballante, de pronostic fonctionnel ordinairement mauvais. Ce sont ces formes, qui sont justiciables ultérieurement après extinction du foyer inflammatoire, d'une opération ankylosante.

Aucun de ces cas ne mérite le nom de luxation : il y a déplacement secondaire, dû à une destruction large de l'article.

Les luxations vraies — que nous avons en vue — au contraire se produisent précocement avant toute destruction large des os. *Il faut par définition intégrité des contours osseux et de la tête fémorale et du cotyle.*

La rareté des luxations vraies de la coxalgie s'oppose à la fréquence de celles-ci au cours des arthrites aiguës, connues depuis longtemps. C'est d'ailleurs, souvent, la seule notion du microbe en cause qui les différencie; car elles ont au point de vue clinique de nombreux points communs.

Si les anciens auteurs n'avaient point décrit ces formes, ils les avaient certainement entrevues. Les arthrites chroniques de la hanche se traduisaient pour eux par des signes d'allongement ou de raccourcisse-

ment et par des signes de luxation. Hippocrate, dans les aphorismes 59 et 60, section VI, signale les luxations spontanées et les explique par un amas de mucosités massées dans la jointure.

Aclépiade le Bythinien, Gallien et Paul d'Égine parlent eux aussi de luxations spontanées.

Les médecins arabes, et en particulier Albucasis, reconnaissent la luxation « au vide qui s'observe à l'endroit du déplacement ».

Pour F. d'Aquapendente, tantôt l'humidité de la jointure ayant relâché et distendu les ligaments, le fémur se déplace spontanément de son propre poids; tantôt une humeur épaisse, concrète, remplit la cavité de réception et en expulse la tête de l'os. (« *De Ustione articulorum.* ») N'entrevoyait-il pas dans cette seconde hypothèse les luxations spontanées?

J.-L. Petit, reprenant la question au XVIII^e siècle, faisait donc erreur en parlant de « luxations dont les auteurs n'ont point écrit ».

Parise en a publié la première observation, mais il n'en saisit point l'importance. Nous la reverrons ultérieurement.

Mais le mérite d'avoir individualisé les luxations vraies de la coxalgie revient à Kirmisson et à ses élèves. Jouön y consacrait sa thèse en 1901 et se ralliait aux idées de J.-L. Petit. Nové-Josserand et Perrin publièrent en 1909, dans la *Revue d'Orthopédie*, une série d'observations de luxations vraies et leurs conclusions diffèrent de celles de Jouön. Leur obser-

vation V est particulièrement intéressante, car ils purent vérifier la luxation au cours d'une résection.

MM. Broca, Lance et le Prof^r Ombrédanne en publièrent dans ce même périodique quelques observations. M. Ombredanne en particulier a fait à la question un apport important, celui d'un examen nécropsique minutieusement détaillé. Plus récemment, en 1921 et en 1922, MM. Tridon et Vié en ont communiqué quatre observations à la Société Anatomique de Paris.

Après avoir résumé les observations de malades, que nous avons collectées dans les services de l'Hôpital maritime de Berck, nous tenterons d'esquisser une étude anatomo-pathologique de ces luxations. De celle-ci nous tirerons un essai pathogénique, après quoi nous étudierons les symptômes, le diagnostic et le pronostic de cette complication.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous publierons d'abord six observations de luxation coxalgique vraie. Les trois premières ont fait l'objet d'une communication de MM. Tridon et Vié à la Société Anatomique en 1922. Nous y ajouterons trois observations, que nous croyons devoir se rattacher aux premières. Ce sont des subluxations plus que des luxations vraies.

OBSERVATION I

C... Jean.

Ce garçon entre à l'hôpital le 15 mars 1922 pour une coxalgie gauche de date récente (quatre mois environ), ayant débutée par une gonalgie.

Très précocement apparaît un abcès, incisé à Saint-Amand (Cher) le 6 février 1922. Quelques jours après apparaît une tuméfaction de la racine de la cuisse, qu'il avait encore à son arrivée à l'hôpital de Berck.

A ce moment on diagnostique une coxalgie avec luxation de la tête en haut et en arrière; cuisse en rota-

tion externe et abduction légère, ascension du trochanter, et raccourcissement de 4 centimètres.

Au niveau de l'incision persistent deux fistules suintantes. La radio vérifie le diagnostic et l'intégrité des surfaces osseuses.

Le 3 avril 1922, avec beaucoup de peine on réduit la luxation sous anesthésie; une radiographie lève tous les doutes et montre une bonne réduction. La contention est faite par un appareil plâtré.

L'enfant est resté immobilisé plusieurs mois ainsi. Peu à peu les fistules s'assèchent et, en 1924, on note



FIG. 1.

une hanche sèche, avec de petits mouvements, en adduction légère, que l'on corrige sous un appareil plâtré.

L'ankylose semble partielle, mais solide. L'enfant sort guéri de l'hôpital en avril 1926, après avoir marché de façon très satisfaisante pendant dix mois avec et sans appareil.

En somme la luxation s'est produite en dehors de l'hôpital. L'enfant est un assisté; nous n'avons eu que peu de renseignements. Le début du déplacement semble avoir passé inaperçu. Le volume de l'abcès contraste avec l'intégrité des images osseuses au point de vue radiographique.

La luxation s'est faite en haut et en arrière, comme une luxation traumatique avec attitude en abduction et rotation externe. La radiographie, que nous avons schématisée (fig. I), montre que la rotation externe est très accusée, le grand trochanter regarde presque franchement en arrière, il se projette un peu en dehors et en dessous de la tête.

OBSERVATION II

V... *Rose*, 25 ans.

Cette observation est surtout intéressante parce que — à notre connaissance — elle est la seule de luxation précoce de coxalgie, qui ait été publiée, chez l'adulte.

« Coxalgie gauche s'étant manifestée en novembre 1921 par des douleurs à la partie externe de la hanche entraînant l'arrêt de la marche. La malade ressentait depuis quatre ans dans le membre inférieur gauche des douleurs vagues, qui avaient revêtu la forme de sciatique, sans jamais l'empêcher de vaquer à ses occupations.

Une radio faite à Lariboisière le 26 novembre 1921 montre une tête bien en place dans un cotyle nettement

dessiné. Mais on constate déjà un pincement de l'espace clair articulaire à sa partie supérieure.

Les deux membres ont repris sensiblement la même longueur; la radio sous plâtre montre une réduction



FIG. 2.

En janvier 1922, en quelques jours et sans douleurs, se produit une luxation de la tête avec position en abduction et rotation interne, raccourcissement de près de 6 cm., tuméfaction latérale énorme de la racine de la cuisse, tous symptômes liés à l'apparition rapide de la

luxation. Les mouvements sont très limités : la flexion est de 180° à 120° , l'abduction complètement impossible.

La malade entre à l'hôpital maritime annexe le 12 avril 1922. La radio du 2 mai 1922 montre la cavité cotyloïde déshabitée, la tête luxée au-dessus du sourcil cotyloïdien, le grand trochanter franchement en dehors, l'axe du col se présentant entièrement dans le plan frontal, ce qui explique l'accroissement considérable de volume de la hanche. Le contour régulier de la tête est perceptible, bien qu'il existe des irrégularités dans sa décalcification.

Le 5 mai, on réduit la luxation sous-anesthésie sans aucune peine, en une minute, par simple traction un peu forte en extension et abduction avec quelques petits mouvements de rotation sur l'axe et l'on maintient par un appareil plâtré en extension et abduction légère.

La radiographie sous plâtre montre une réduction parfaite sans usure notable des surfaces osseuses. La régularité de l'arc cervico-pubien est conservée. Depuis, le résultat obtenu persiste. » A l'observation de Tridon, nous ajouterons quelques lignes.

La coxalgie a évolué normalement. Un abcès est apparu à la face externe de la cuisse. La ponction n'a pas ramené de pus; il devait s'agir d'un paquet de fongosités, qui se résorbèrent en plusieurs mois sans se ramollir.

Plusieurs radiographies à intervalles réguliers ont permis de suivre la destruction progressive de la tête du fémur et l'effondrement du toit du cotyle. Le fémur décapité est remonté dans la fosse iliaque à ce niveau. Et bien que l'ankylose fut incomplète, la marche ultérieure a été satisfaisante avec un appareil de soutien.

La destruction est ici d'autant plus importante qu'il s'agit d'un adulte (25 ans) et qu'il est rare de voir chez eux une perte de substance aussi marquée.

OBSERVATION III

Louise Bu...

Enfant présentant une tuberculose à foyers multiples; à son arrivée à Maritime à l'âge de 11 ans, elle présentait, en 1921 :

— une ostéite du calcanéum droit datant de 1918, avec 3 fistules;

-- une ostéite du calcanéum gauche avec fistules et prise des articulations voisines;

— une adénopathie cervicale droite bilatérale;

— une ostéite de l'extrémité inférieure du radius gauche avec propagation déjà ancienne à la radio-carpienne actuellement fistulisée;

— un mal de Pott lombo-sacré avec abcès de la fosse iliaque gauche descendu dans la cuisse. On le ponctionne une seule fois à ce niveau le 16 mai 1921, où il n'a pas reparu et plusieurs fois dans la fosse iliaque.

La malade ne s'était jamais plainte de la hanche, dont les mouvements étaient libres; seule l'extension était très légèrement limitée, ce qui répondait à la présence de l'abcès iliaque.

Au milieu d'avril 1922, l'enfant se plaint de douleurs assez vives dans la hanche gauche. La cuisse se met en flexion; les mouvements sont très limités et douloureux. Il existe un point douloureux électif au niveau de la tête fémorale.

On pense à une réaction du psoas par abcès pottique et l'on met le membre en extension.

Mais, vers la fin de mai, on constate une tuméfaction de la racine de la cuisse; les mouvements de la hanche restent très limités et douloureux. Le trochanter est remonté et fait saillie sous les téguments. La coxalgie n'est plus douteuse.

La radiographie donne une image de luxations de la

hanche : cavité cotyloïde vide, tête fémorale semblant chevaucher le sourcil cotyloïdien, et se trouvant en réalité en avant de lui. Le fémur est en rotation externe prononcée; le pourtour de la tête est parfaitement conservé. Le contour de la cavité cotyloïde est net dans sa partie

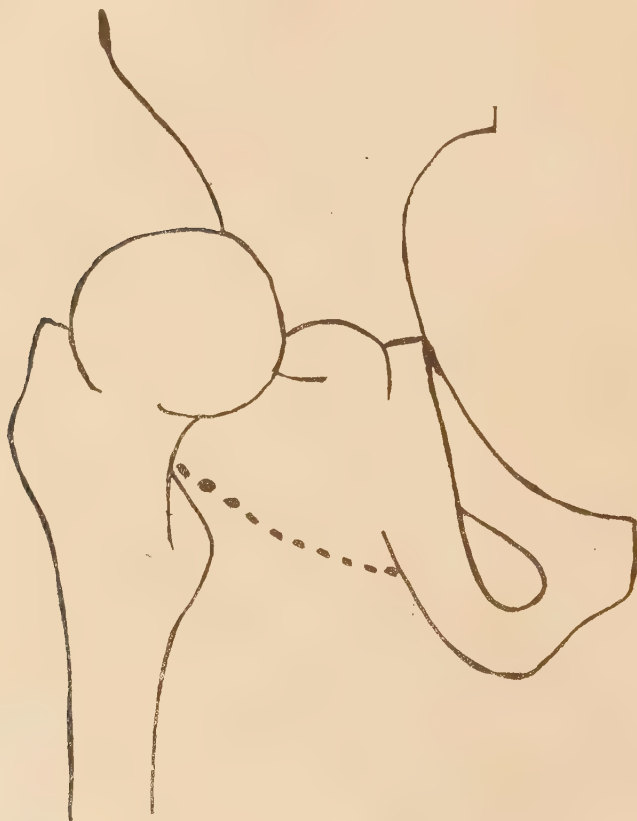


FIG. 3.

supérieure, et flou dans sa partie inférieure : ce que nous avons coutume d'interpréter par *la présence des fongosités*. Il semble, de plus, que la capsule est *distendue par un abcès*.

Le 12 juin, sous anesthésie, on pratique à la fois l'extraction d'un séquestre du calcanéum gauche, la ponction de l'abcès de la fosse iliaque et la réduction de la luxation de la hanche gauche, maintenue ensuite dans un appareil plâtré.

La radiographie de contrôle montre que la luxation n'est pas entièrement réduite; la tête est encore distante du fond de la cavité cotyloïde et porte à faux sur le sourcil.

En juillet, la hanche est toujours douloureuse et tuméfiée; et sous anesthésie on pratique une traction assez forte sur la jambe en repoussant en dedans le trochanter, et on obtient ainsi une réduction meilleure : ce que vérifie une radio ultérieure, qui d'ailleurs montre une tête en place mais en partie détruite et une disjonction du cintre cervico-obturateur.

Apparition en avril 1923 d'un petit abcès dans les adducteurs du côté gauche. La ponction permet de retirer du pus dans lequel on trouve du B. K.

En septembre 1923, cet abcès se fistulise.

La coxalgie a évolué lentement, puisque l'enfant est encore à l'hôpital maritime et n'a jamais marché. Toutes les autres manifestations tuberculeuses ont guéri une à une. La suppuration dura dix-huit mois; pendant ce temps il s'est produit une subluxation de la hanche avec adduction marquée. Ce fait est dû à la destruction large de la tête fémorale qui s'est réséquée spontanément et l'éculement du toit du cotyle d'une part et, d'autre part, à l'absence d'appareil solide de contention durant la période de suppuration.

L'adduction n'a pu être corrigée. La hanche possède quelques mouvements de flexion, extension (180-150), de très légers mouvements de rotation; l'abduction est par contre impossible. Donc, hanche incomplètement ankylosée, en bonne position, avec raccourcissement de 2 à

3 cm. Il existe de plus un genou valgum important, qui sera gênant pour la marche; on tente actuellement de le réduire avec des appareils plâtrés.

Il est possible qu'à l'épreuve de la marche une intervention ankylosante — en l'occurrence une arthrodèse — soit nécessaire.

En résumé, il s'est agi d'une coxalgie grave, à évolution lente, avec grosse destruction osseuse, et pseudo-luxation tardive.

OBSERVATION IV

A... Paulette.

Entre à l'hôpital maritime de Berck le 17 novembre 1923, à l'âge de 6 ans, pour un mal de Pott dorsal de D⁵ et D⁵, avec paraplégie à début brusque.

En novembre 1924, la paraplégie est beaucoup améliorée, mais on note une différence nette entre le membre inférieur droit et le gauche; celui-ci ayant des mouvements plus difficiles et douloureux.

En décembre, devant la persistance de la douleur dans le membre inférieur gauche, son impotence fonctionnelle, l'attitude en flexion légère et abduction, l'extension impossible, parce que trop douloureuse, on pense à une psoïtis.

Les fosses iliaques sont difficiles à palper; il ne semble pas y avoir d'abcès. Il existe une raideur marquée du segment vertébral lombo-sacré: un deuxième foyer pottique à ce niveau est possible. Il existe, de plus, un abcès rétro-trochantérien.

Peu à peu les phénomènes douloureux se précisent; il semble que ce soit la hanche qui soit douloureuse, et un peu empâtée.

Une radio du 23 janvier 1925 montre une tête fémorale qui chevauche le rebord du cotyle et tend à aban-

donner la cavité articulaire. La subluxation est d'importance. Sous anesthésie on tente vainement de la réduire.

En effet, quelques semaines plus tard, en mai 1925, une nouvelle radiographie montre que la luxation s'est effectuée complètement. La cavité cotyloïde est libre; la tête fémorale est très remontée. Le fémur est en flexion, adduction forte et rotation interne; le grand trochanter



FIG. 4.

est reporté nettement en dehors et le petit trochanter est vu de profil.

D'autre part, un abcès est apparu à la face externe de la cuisse. Six cm³ de lipiodol y sont injectés après ponction. La radio montre que l'huile iodée a fusé vers

la hanche et ne remonte pas jusqu'à la tête fémorale. On a trouvé du B. K. dans le pus de la cuisse.

Il s'agit donc d'une luxation précoce en haut, en arrière, avec un abcès concomitant, qui remonte jusqu'au foyer coxalgique.

Ultérieurement la coxalgie a évolué *de façon très sérieuse*, puisque, en novembre 1925, on notait : une grosse destruction de la tête, qui chevauche sur le cotyle, une fistule au niveau du grand trochanter, un état général médiocre avec fièvre hectique. Une résection fut même envisagée; mais la tête peu à peu se résorbe spontanément; la fistule finit par s'assécher et la fièvre disparut. En un an l'enfant avait recouvré un bon état général.

Actuellement, après plusieurs appareils plâtrés en abduction forte prenant les deux hanches, l'enfant présente :

Une hanche sèche en assez bonne position en flexion de 15° environ et en abduction légère. Les mouvements y sont d'une certaine étendue; la flexion de 165° à 135° ; l'abduction de 45° environ. La rotation interne est impossible; la rotation externe facile. Mais il subsiste une grosse atrophie musculaire.

La dernière radiographie, de plus, montre une recalcification des os, avec réapparition de la netteté de leur contour; mais la tête fémorale a complètement disparu et le plafond du cotyle est éculé.

Il est possible qu'à l'épreuve de la marche, qui commencera sous peu, une intervention ankylosante soit nécessaire.

En résumé : luxation vraie de la hanche, au début d'une coxalgie, survenue chez une paraplégique en voie de guérison. Il est impossible de préciser l'âge de la coxalgie;

la réduction n'a pas été possible;

l'abcès était contemporain de la luxation;
il s'est agi d'une coxalgie de forme sérieuse.

OBSERVATION V

Br... Louise. Née le 12 novembre 1920, entre à l'hôpital maritime le 11 juin 1927, venant de Bretonneau avec le diagnostic suivant : *Coxalgie gauche*, dont le début clinique remonterait à un an, aux dires des parents. Elle a toujours été traitée par extension continue.

A son arrivée à l'hôpital maritime, on note :

Enfant en bon état général.

La cuisse gauche est en adduction très marquée et en flexion, avec rotation interne légère.

La racine de la cuisse est tuméfiée et empâtée.

Le grand trochanter est remonté de 2 cm. environ, et il existe un raccourcissement à peu près égal.

A part un certain degré de flexion, d'ailleurs peu étendu, aucun mouvement n'est possible; la hanche est très douloureuse.

Il existe une adénopathie rétro-crurale et inguinale.

La cuti-réaction a été positive et le B. W. négatif.

Il s'agit vraisemblablement d'une luxation précoce au cours d'une coxalgie, en pleine poussée inflammatoire.

La radiographie vérifie le déplacement.

La tête fémorale semble un peu usée circulairement; le col est très décalcifié; les contours du cotyle sont presque intègres.

Mais il existe sur la radiographie une série de taches claires en nid d'abeilles, siégeant en deux zones sur le bord antéro externe du cotyle et dans sa partie postéro interne. La voûte semble indemne.

Le fémur est en adduction et rotation interne. La tête a déshabité le cotyle et se projette en avant de l'épine

iliaque antérieure et inférieure. Ce col se voit de face, dans toute sa longueur.

Peut-être s'agit-il d'une coxalgie à point de départ



FIG. 5.

cotyloïdien, aux dépens en particulier de la partie verticale ? Il serait osé de l'affirmer.

Malgré un essai de réduction par extension continue, la luxation semble s'accroître. Sous anesthésie, on la réduit facilement (3-8-27), et on maintient le membre en extension et abduction forte dans un grand appareil plâtré. Une radiographie sous plâtre montre que la tête fémorale est en bonne place dans le cotyle.

Mais le plâtre a dû être coupé assez rapidement (nov. 1927), parce que est apparu un abcès sous les vaisseaux fémoraux, qui a fusé vers la face externe de la cuisse et dans la fesse. Son volume et le mauvais état général de l'enfant, qui fait de la fièvre et crie la nuit, imposent une ponction. Celle-ci a permis de retirer 250 cm³ de pus crémeux d'abord, puis rapidement hémorragique et mêlé de fongosités. L'examen microscopique y a décelé du B. K. [D'ailleurs l'abcès vient de se fistuliser (février 1928.)]

Une radiographie faite en décembre 1927 montre que la luxation s'est maintenue réduite. Les lésions osseuses se sont beaucoup accentuées. Le contour est très flou. Le toit du cotyle est effondré. La tête fémorale est remontée dans cette cavité ulcéreuse. L'arc cervico-obturateur est rompu. Le fémur est en abduction légère et rotation externe peu marquée.

Il s'agit d'une luxation réduite et maintenue. Mais il s'agit d'une forme grave, car en dix mois on a assisté à une forte rapide et totale de la tête. Est-ce que la réduction expliquerait l'aggravation qui l'a suivie ? La chose n'est pas impossible.

OBSERVATION VI

Pr... Andrée.

Est entrée à l'Hôpital maritime le 12 mai 1923 pour une coxalgie gauche fistulisée, datant de deux ans.

L'état général est très médiocre.

La cuisse est en flexion légère, adduction et rotation interne.

La mensuration révèle un raccourcissement du côté gauche de 4 cm. au moins.

Le grand trochanter est remonté de 3 cm. environ,

Aucun mouvement n'est possible, car, comme la pression, révèle de trop vives douleurs.

L'atrophie musculaire est très marquée.

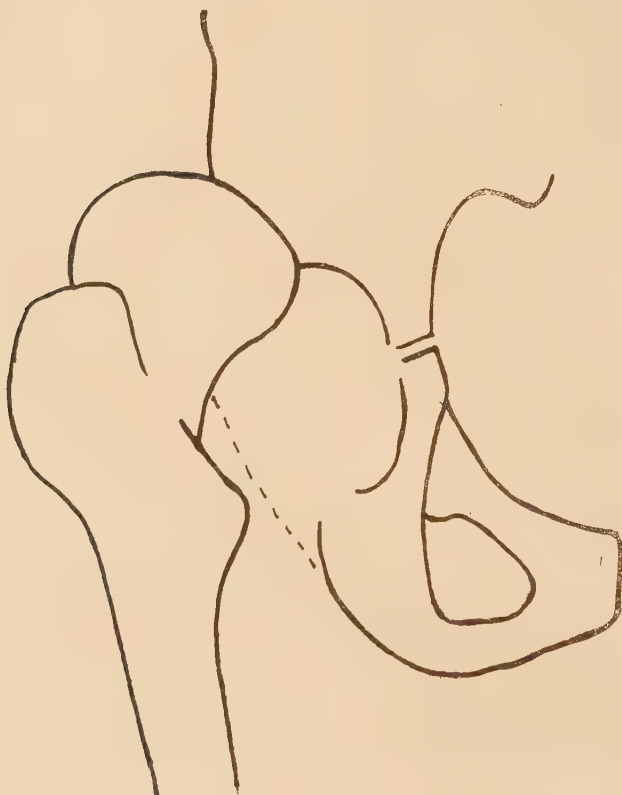


FIG. 6.

Il existe de très larges ulcérations : une antérieure au-dessus de la hanche sur la paroi abdominale inférieure;

Une postérieure dans le pli fessier;

Une crurale antérieure, consécutive à l'ouverture chirurgicale d'un abcès à la partie moyenne de la face anté-

rière de la cuisse pratiquée en février 1923; au milieu de chacune de ces ulcérations existe une fistule.

Cliniquement et radiographiquement, il s'agit d'une luxation précoce de la coxalgie.

L'état général de l'enfant est mauvais. On envisageait une résection de hanche, lorsqu'apparut une crise convulsive, puis des signes méningés.

L'enfant mourut trois mois après son arrivée. La vérification ne put avoir lieu.

Cette observation ne présente qu'un intérêt statistique.

OBSERVATION VII

Co... Paulette, âgée de 8 ans, est envoyée par l'hôpital des Enfants Malades le 16 février 1927.

A l'arrivée à l'Hôpital maritime, on porte le diagnostic : Coxalgie droite dans sa première année d'évolution (début en avril 1926 selon la famille). Enfant en bon état général.

La cuisse droite est en flexion légère (150°) en abduction et légère rotation externe.

L'atrophie musculaire est masquée par un gros œdème de la cuisse, surtout au niveau du pli de l'aîne, et par un abcès de la face externe.

Tout mouvement actif et passif sont impossibles. Le grand trochanter est remonté de 2 cm. environ.

Il existe une adénopathie rétrocrurale.

La cuti-réaction à la tuberculine a été positive et le Bordet-Wassermann négatif.

En somme, coxalgie avec abcès; l'intégrité des surfaces osseuses à cette époque permet de penser à une forme à prédominance synoviale. La flexion, l'abduction et l'ascension du grand trochanter permettent de penser à une luxation.

La radiographie permet de vérifier ce diagnostic. Et pourtant la luxation n'est pas complète. La tête fémorale chevauche largement le rebord cotyloïdien. Le fémur est en abduction et rotation externe. La mise en adduction un peu forte du membre luxerait facilement le fémur.

Un abcès est visible sur la même radiographie; il semble communiquer avec un foyer de la face inférieure

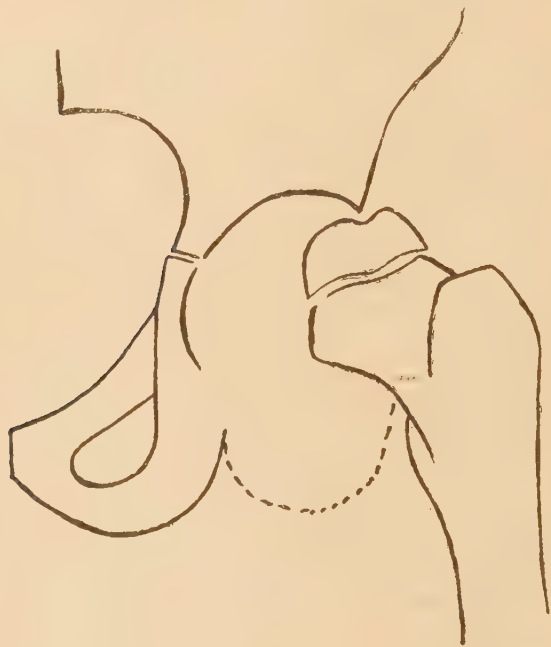


FIG. 7.

du col; à ce niveau, en effet, le périoste semble ulcéré. Cet abcès n'est pas volumineux. Son image répond à peu près à celle de la capsule distendue. Les deux extrémités de la limite inférieure siègent au niveau des attaches inférieures de la capsule et sur l'os iliaque et sur le col fémoral. Cette forme rappelle les ostéites de la moitié inférieure du col, décrites par Waldenstrom.

Il n'y a pas d'autre lésion osseuse, si ce n'est une certaine usure de la tête par le rebord du cotyle, exemple type d'ulcération compressive.

L'abcès ponctionné en février, avril et juin 1927 a donné du pus, dans lequel on a trouvé du B. K. par homogénéisation. Il semble d'ailleurs à l'heure actuelle en voie de régression.

Les lésions osseuses, au contraire, ont beaucoup évolué; en dix mois le noyau épiphysaire fémoral semble détruit; le rebord cotyloïdien est largement éculé.

En résumé, il s'agit d'une subluxation de la tête fémorale, au cours d'une coxalgie avec intégrité des contours osseux. Ici, il semble que la tête fémorale soit refoulée par un abcès.

Cette coxalgie évolue de façon assez sérieuse; il subsiste actuellement un gros empâtement de la racine de la cuisse, sans trace de collection liquide, une ascension du grand trochanter; le fémur est en position intermédiaire au point de vue rotation.

L'abcès, le gros empâtement ont contre-indiqué la réduction. Et la subluxation ne semble pas augmentée; le membre est en extension continue sur petit lit de Berck.

OBSERVATION VIII

M... *Emile*, âgé de 4 ans, vient de l'Hôpital Trousseau et entre à l'Hôpital maritime le 11 juillet 1927.

En décembre 1926, l'enfant a commencé à souffrir de la hanche gauche. Au début de l'année 1927, il est hospitalisé à Paris et reçoit plusieurs injections d'extrait splénique, et est immobilisé dans un appareil plâtré.

Les renseignements familiaux sont brefs, presque inexistants. Mais nous avons eu en mains une radiographie faite à Paris le 20 janvier 1927. Elle présente l'as-

pect banal de coxalgies au début, c'est-à-dire une grosse décalcification de tout le squelette coxal et péri-coxal. Il y a un léger pincement articulaire, appréciable au compas. Il n'y a pas de lésions osseuses macroscopiquement visibles. A son arrivée à l'hôpital, l'enfant est en mauvais état général. Il est chétif, a l'aspect d'un enfant au-dessous de son âge.

Sa cuisse gauche est en abduction, rotation externe et flexion légère. Un gros empâtement masque les saillies normales. Il semble dû plus à la grosse adénopathie qu'à un abcès. Celui-ci existe au niveau de la face externe. Déjà ponctionné à Paris, il l'est à nouveau. Le pus contient de nombreux bacilles de Koch. L'impotence fonctionnelle est totale. Tout mouvement est impossible passivement.

Le grand trochanter est surélevé d'environ 2 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Il existe un certain degré de lordose lombaire.

La palpation de la cuisse est rendue difficile par la présence d'un abcès et du gros empâtement antérieur. Le grand trochanter est un peu plus en arrière que d'ordinaire. On ne sent nulle part de tête fémorale. On pratique un examen radiographique, qui montre une luxation de la tête fémorale.

La cavité cotyloïde est déshabitée. La partie inférieure verticale du cotyle semble saine. Le plafond a des contours antérieurs et externes normaux. Mais il existe nettement une petite érosion en coup d'ongle au niveau du bord cartilagineux de l'iléon. Le cartilage en Y doit être détruit, parce que la ligne claire, qui y répond, semble plus large que d'ordinaire et, de plus, il y a un léger décalage entre les deux parties verticale et horizontale du cotyle. Il n'existe pourtant pas d'abcès pelvien cliniquement, mais radiographiquement, semble-t-il.

La tête fémorale est en rotation antérieure, c'est-à-

dire en rotation externe très accentuée. Sur les épreuves radiographiques de face, tête, col, trochanter se projettent l'un sur l'autre, étagés par l'angle d'inclinaison. Le grand trochanter est nettement postérieur, débordé même un peu en dedans (fig. 5), le petit trochanter n'est pas visible. Il n'y a pas ascension vraie de la tête fémorale. Le bord supérieur du noyau épiphysaire effleure le niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure. Peut-être même celui-ci est-il buté contre la partie externe du cotyle.

La luxation se serait donc produite entre janvier et juillet en cours de traitement. Elle aurait coïncidé ou à peu près avec l'apparition d'un abcès externe. Celui-ci n'a pas tardé à se fistuliser. L'état général de l'enfant reste précaire. Le membre malade est mis en extension continue; le pied est maintenu en position de rectitude par un étrier.

En décembre, nous avons fait procéder à un nouvel examen radiographique. Cette fois, sous l'influence de l'immobilisation, la hanche est en assez bonne position. Le toit du cotyle est d'aspect normal, dans sa moitié externe; il est fortement décalé de la partie verticale. Au niveau du cartilage en Y, il y a un gros flou, dans lequel disparaissent les images osseuses.

La tête est détruite, le col est étalé, et à leur place on trouve une masse large, qui comble le cotyle, et n'a aucun aspect normal. Il semble qu'on assiste à une fonte de toute l'extrémité supérieure du fémur.

Le pronostic fonctionnel est celui d'une coxalgie à marche rapide, largement ulcéreuse, avec mauvais état général et fistule.

A l'heure actuelle on envisage une résection de hanche.

OBSERVATION IX

M... Raymond, entre à l'Hôpital maritime le 17 juillet

1927, atteint d'une coxalgie gauche. La fiche de Paris fait mention d'une luxation. Nous ignorons si celle-ci a été réduite. Les parents prétendent que l'enfant a marché jeune. A l'âge de 18 mois, sa jambe s'est « repliée », disent-ils, et il resta ainsi près d'un an.

Après quelques semaines de séjour à l'Hôpital Trousseau, il est envoyé à Berck. A son arrivée, l'enfant présente un mauvais état général. La cuisse gauche est en flexion, rotation externe et abduction légère. Tout mouvement est impossible, parce que trop douloureux. Le maximum de douleur siègerait dans la fesse, d'après les indications de l'enfant.

Le grand trochanter est élevé de 2 cm. au-dessus de la ligne de Néleton-Roser. L'amyotrophie est très marquée au niveau de la cuisse et de la fesse. Il existe une grosse adénopathie avec périadénite siégeant dans le triangle de Scarpa et au-dessus de l'arcade crurale.

Un abcès ischio-rectal a été incisé à Paris le 9 juin 1927. Il suppure abondamment; l'examen microscopique a décelé dans le pus des B. K. La cuti-réaction est positive avec réaction en cocarde. Le B. W. est négatif dans le sang. En août un abcès apparut sous les vaisseaux fémoraux. La fistule ischio-rectale suppure toujours. Le membre inférieur gauche est mis en extension continue, avec le pied dans un étrier de bois.

En résumé, coxalgie gauche avec luxation en haut.

L'intérêt de cette observation est particulier. En effet, dans l'année 1927, cet enfant a été radiographié quatre fois. Les deux premières épreuves, que nous avons schématisées, ont été faites à l'hôpital Trousseau, à Paris.

La première date du 8 février 1927 : elle montre une tête fémorale en appui encore solide sous la voûte du cotyle, mais dans sa moitié externe seulement. Celle-ci, en effet, est écartée du four du cotyle, l'espace articu-

laire est agrandi. Le fémur est décalcifié, surtout au niveau du col. Il est en adduction légère. Pas de lésion osseuse macroscopique.



FIG. 8.

La seconde épreuve précise l'origine du foyer. Le fémur est en rotation interne et adduction forte. La tête est encore plus écartée qu'en février (ce cliché fut fait en mai 1927); elle est en position instable, elle chevauche le bord du sourcil; elle est à son contact direct. On a l'impression qu'une accentuation de l'adduction suffirait à la luxer totalement.

Mais, surtout, il existe un foyer limité d'ostéite siégeant à la partie inférieure du col fémoral, au contact du cartilage, débordant au delà de lui dans la partie inférieure du noyau épiphysaire. Cette forme est à rapprocher de celle de notre observation VII et corrobore bien les descriptions de Waldenstrom.

L'enfant fut mis à Paris en extension continue. Il ne

dut pas être réduit, puisqu'il existe un abcès ischio-rec-tale actuellement fistulisé.

A son arrivée à Berck, il fut à nouveau radiographié en juillet. En deux mois les lésions osseuses ont beau-



FIG. 9.

coup augmenté. Tout le segment inférieur du col et de la tête décrit ci-dessus a presque disparu. L'extrémité supérieure du fémur dans le reste est très flou. La voûte du cotyle est festonnée. Il semble exister un abcès articulaire qui couvre l'espace entre fémur et cotyle.

La tête fémorale est restée en place, toujours au contact du sourcil cotyloïdien; l'adduction n'a pas augmentée.

On maintient l'extension continue; l'enfant est en assez mauvais état. Il est soumis à l'héliothérapie.

Actuellement (décembre 1927), il est un peu amélioré, mais le foie reste gros.

Une nouvelle radiographie est faite. Elle montre encore une accentuation énorme des lésions osseuses :

La tête a totalement disparu, le col est réduit à un segment juxto-trochantérien. A leur place existe une ombre diffuse floue, qui semble répondre à un pur bloc de fongosités, dus à un bloc de tissus osseux ramolli.

Le rebord supérieur du cotyle est largement éculé, au contact ancien de la tête fémorale.

En somme, il s'agit ici d'une coxalgie grave. En moins d'un an, on a pu assister à la fonte totale de la tête et du col. L'état général de l'enfant est mauvais.

Il semble aussi que le traitement ait eu une importance prophylactique. L'enfant fut immobilisé en extension continue par abduction forte. Celle-ci semble s'être opposée à l'accentuation de l'adduction, qui aurait parfait le déplacement pathologique.

Il est difficile actuellement de faire un pronostic sérieux. En tout cas, il faut faire des réserves sur l'évolution de cette force. Le siège anormal interfessier de la fistule peut faciliter l'infection secondaire.

Au point de vue fonctionnel, il faut attendre la fin d'évolution pour se prononcer. Mais des destructions aussi rapides et aussi larges sont ordinairement graves, par la fréquence des décès et — si l'enfant vit — par l'insuffisance d'appui fémoral.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Jouön qualifie les luxations vraies de la coxalgie de trois épithètes. Elles sont, dit-il, *soudaines*, *spontanées* et *précoces*.

Le caractère de *soudaineté* est loin d'être constant. Certes les luxations à début brusque comme celles de Jouön, comme celle d'Ombredanne existent. Et ce caractère, nous le verrons ultérieurement, a une grosse importance pathogénique. Chez les neuf malades de Nové-Josserand, un seul a luxé brusquement sa hanche. Les malades de Jouön ont tous le cachet de soudaineté, sur lequel il insiste. Il en est de même de deux malades de Broca, et d'un de Lance. Chez les neuf malades, que nous venons de décrire, l'apparition de la luxation a été insidieuse et a passé inaperçue. Certes, on peut admettre que le début brusque peut être assez silencieux et être méconnu. Mais comment interpréter ces luxations, que l'on voit progressivement augmenter, comme celles de notre

malade IV? Nos observations VII, VIII et IX ne sont-elles pas des luxations incomplétées?

Lorsque le début est brusque, il se produit de deux façons :

1° soit à la suite d'un trauma léger, qui n'explique pas la luxation;

2° soit spontanément et brusquement au lit, comme dans les observations IV et V de Jouön. L'observation X, que nous empruntons à M. Ombredanne, en est un autre exemple.

Lorsqu'il y a traumatisme à l'origine, il est le plus souvent illusoire. Il faudra se méfier également des assertions familiales qui, chez l'enfant surtout, rapportent toutes les lésions articulaires à un trauma plus ou moins ancien. Pour que celui-ci ait de la valeur, il faut que la luxation suive immédiatement l'accident.

Ainsi, dans un cas de Broca, un enfant cogne son genou sur le strapontin d'une voiture, très légèrement, par suite d'un arrêt un peu brusque du cheval. La hanche se luxa extemporanément.

Chaz un petit malade de M. Lance, la luxation se produit au cours d'une chute pendant le jeu. L'enfant n'a pas été poussé, il avait simplement perdu l'équilibre.

Dans l'un et l'autre cas, l'influence du traumatisme est indubitable, mais celui-ci est vraiment trop insignifiant pour conditionner à lui seul le déplacement pathologique. Nous verrons ultérieurement comment nous croyons devoir interpréter son rôle.

ABCÈS. — Parmi les causes prédisposantes aux luxations coxalgiques, nous croyons devoir relever la présence des abcès. En effet, ceux-ci sont presque de règle.

Chez nos neuf coxalgiques, nous trouvons :

— six abcès contemporains de la luxation, ou apparaissant rapidement après. Ce sont les observations des malades I, IV, VI, VII, VIII, IX.

— deux abcès survenus assez précocement, après la luxation environ deux à trois mois : ce sont ceux des observations V et II.

— un seulement n'a été signalé cliniquement qu'un an environ après l'apparition de la luxation. C'est celui de notre malade III. Il en existait un dès le début, visible à la radiographie.

Et encore ici nous n'appelons abcès que les collections froides ossifluentes classiques. Nous croyons pourtant pouvoir affirmer que les empâtements péri-articulaires sans abcès collecté répondent au moins à un paquet de fongosités profondes. Fongosités, abcès ne sont que des manifestations d'un même processus à un stade différent. Et, de plus, nous sommes convaincus que des fongosités peuvent arriver à se résorber sans constituer un abcès vrai et qu'elles passent ainsi inaperçues.

Chez les neuf malades de MM. Nové-Josserand et Perrin nous trouvons :

— quatre abcès contemporains ou presque de la luxation. Ce sont les malades des observations I, V, VII et IX.

— trois abcès survenus dans les trois à quatre mois qui suivirent (II, III et VI).

— un survenu tardivement un an après environ : IV.

— un malade ne fit pas d'abcès, du moins pendant les trois mois qui ont suivi la luxation. Il n'est pas fourni de renseignements plus anciens.

Jouön ne semble pas attacher d'importance à l'abcès dans l'étiologie de ces luxations. Sur les six malades de sa thèse, trois font des abcès. Rien n'est signalé à ce sujet chez deux malades. Ce dernier n'en fait pas, mais la luxation était très ancienne au moment où Jouön put l'examiner pour la première fois.

FRÉQUENCE. — La coexistence fréquente des abcès et de luxations vraies dans la coxalgie nous semble un fait acquis. Les luxations coxalgiques vraies sont une rareté, l'exception. Tous les auteurs s'accordent sur ce point. La littérature de ces trente dernières années en France ne comportent que les six de Kirmisson et Jouön, puis neuf de Nové-Josserand, trois publiés par M. Lance, deux par Broca, un par Ombredanne, un par Tridon, puis trois par Tridon et Vié. Nous n'en apportons en somme que six nouveaux. Ce qui fait un total de 31 observations en un peu plus d'un quart de siècle.

Sur les 684 dossiers de coxalgie, que nous avons compulsés à l'Hôpital maritime de Berck depuis 1920

· jusqu'à ce jour, nous n'avons pu réunir que neuf luxations coxalgiques.

AGE. — L'étude anatomique et les travaux de Kirmisson et Sainton tendent à nous faire envisager ces luxations d'autant plus faciles que l'enfant est jeune. Ceci est d'ailleurs vrai pour les arthrites aigës, où la luxation est presque de règle chez le nourrisson.

En effet, le cotyle d'un enfant d'un an (Kirmisson et Sainton) représente un segment de calotte de sphère ne pouvant recevoir qu'à peine la moitié de la tête fémorale.

A cinq ans le cotyle a une profondeur plus grande. Elle dépasse notablement la moitié du diamètre de la tête. Celle-ci déborde, mais beaucoup moins. Aussi, chez ces enfants, la cohésion de la tête fémorale et du cotyle est due surtout au système ligamenteux et en particulier au bourrelet cotyloïdien. Il semble donc que la luxation coxalgique doit se rencontrer surtout chez le jeune enfant. Elle est une exception chez l'adulte. Le seul cas connu est celui de notre observation II.

Chez nos neuf malades, nous en trouvons :

2	âgés de	1 à 4 ans;
4	—	4 à 10 ans;
2	—	10 à 12 ans;
1	—	12 à 25 ans.

Les neuf malades de Nové-Josserand sont plus jeunes :

5	sont au-dessous de 4 ans;
4	sont de 5 ans à 10 ans.

Ceux de Kirmisson et Jouön sont plus âgés :

2 sont au-dessous de 10 ans;

4 sont au-dessus de 10 ans.

Donc la fréquence la plus grave est de 4 à 10 ans,
et presque aussi grande avant 4 ans qu'après 10 ans.
Le sexe n'a pas plus d'influence que l'âge, puisque sur
les 24 observations que nous étudions, nous trouvons :

12 filles et 12 garçons.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) *Les différentes variétés de luxations.*

Jouön ne décrivait qu'une variété de luxation, celle que nous appelons la *luxation pseudo-traumatique*, et cela non point parce qu'il y a un trauma quelconque à l'origine, mais par similitude anatomopathologique et étiologique.

En effet — mis à part son cas unique de luxation obturatrice à début brusque avec attitude en rotation interne marquée et forte adduction. Ce que Kirmisson a dénommé *l'inversion du membre*.

Nové-Josserand au contraire ne décrit que des luxations en rotation externe avec soit abduction, soit adduction. Il décrit l'attitude de rotation externe et abduction sous le nom de *éversion du membre*.

Reprenons toutes ces observations et les nôtres et essayons de classer les différentes variétés de luxations.

Sur 9 luxations coxalgiques personnelles :

9 : toutes se sont faites en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe;

5 sont en rotation interne, adduction et flexion légère;

4 sont en rotation externe, abduction et flexion légère.

Sur 9 observations de Nové-Josserand et Perrin :

9 : toutes sont des luxations en haut et en arrière;

2 sont en rotation interne et abduction;

6 sont en rotation externe et abduction;

1 ne comporte pas d'indication d'attitude.

Sur les 6 observations de Jouön :

5 se sont faites en haut et en arrière, elles sont en adduction et rotation interne;

1 est une luxation en haut et en dedans vers le trou ovale, elle est en rotation externe et abduction, l'une et l'autre très accentuées.

En résumé, sur 24 luxations coxalgiques vraies, il y a :

23 luxations en haut et en arrière ;

12 avec rotation interne;

11 en rotation externe;

1 en bas et en avant : luxation ovulaire.

C'est donc en quelque sorte la rotation de la tête fémorale qui conditionne le classement de ces luxations. Nous comprenons difficilement l'association paradoxale de rotation interne et d'abduction. Nous verrons ultérieurement que nous croyons pouvoir l'interpréter comme une attitude intermédiaire de passage entre les attitudes en abduction, rotation

externe et adduction et rotation interne. Pour qu'une tête fémorale luxée en haut et en arrière puisse se mettre en rotation externe, elle suppose soit une destruction complète du ligament de Bertin et du tendon de l'obturateur interne qui le brident en avant, soit une luxation intracapsulaire, par grosse distension de la capsule. Cette dernière hypothèse explique les subluxations avec rotation externe, mais ne permet pas de comprendre les luxations complètes en même position avec ascension marquée du fémur, comme dans l'observation V de Nové-Josserand. Nous croyons que des cas semblables s'expliquent par destruction large de la capsule et des ligaments.

Mis à part ces cas paradoxaux — et d'ailleurs d'après nos observations personnelles — nous classerons les luxations vraies en deux types essentiellement différents :

— luxation en rotation interne et adduction, dont le début peut être brusque : c'est la forme pseudo-traumatique;

dont le début peut être insidieux.

— luxation en rotation externe et abduction, dont le début est toujours insidieux. Elles rappellent la première attitude vicieuse de la coxalgie, ou *attitude de Bonnet*, qui permet la distension maxima de la capsule. Nous ferons remarquer de suite que ces luxations avec rotation externe sont — le plus souvent — plus des subluxations avec soit empiètement, soit chevauchement que des luxations vraies. D'ailleurs la rotation externe n'est jamais très accentuée.

B) *Etude radiographique.*

L'aspect radiographique est essentiellement différent entre ces deux types de luxation en haut et en arrière. Tridon et Vié le signalaient déjà dans leur communication à la Société Anatomique. Ces images différentes sont dues à la rotation fémorale.

La rotation interne ferme en quelque sorte l'angle de déclinaison normal du col fémoral. Celui-ci apparaît de champ sur les épreuves de face; le grand trochanter est en dehors. C'est une extrémité supérieure de fémur, vue dans son plan frontal.

La rotation externe au contraire augmente l'angle de déclinaison du fémur. La tête est en avant, le grand trochanter en arrière et le col est à peine visible. Ces trois segments de l'extrémité supérieure se projettent les uns sur les autres, légèrement décalés par l'angle d'inclinaison du col. Celui-ci se projette au-dessous de la tête sous forme d'un croissant plus ou moins régulier. Le petit trochanter apparaît de profil sur les épreuves de face.

Outre ces signes de rotation, la radiographie nous montre la luxation. Celle-ci est plus ou moins complète. Dans les cas types, la tête fémorale est largement remontée au-dessus du rebord colyloïdien.

Dans d'autres cas, elle est simplement refoulée plus ou moins loin; elle est alors en position de luxation appuyée, ou alors elle a quitté le cotyle; elle est franchement au dehors, mais elle est peu élevée par rapport au rebord supérieur du sourcil.

Sur de bons clichés, on peut découvrir l'abcès sous forme d'une zone plus sombre à contours assez flous, si ce n'est à la partie inférieure. Cette ombre est parfois diffuse, parfois limitée et semble dans ces cas répondre à la capsule fortement distendue.

Ajoutons, qu'il faut une intégrité presque absolue des contours osseux sur la radiographie pour être en droit de porter le diagnostic de luxations vraies.

C) *Etude anatomique.*

Jouön ne pouvait apporter aucun cas de vérification opératoire ou cadavérique pour esquisser une ébauche de description des lésions. A l'aide de la radiographie et par induction des faits cliniques, il concluait à l'intégrité relative des extrémités osseuses.

Nous ne sommes pas plus heureux que lui. Il ne nous a pas été donné de vérifier *de visu* une hanche coxalgique luxée précocement. Mais la littérature de ces dernières années nous a permis de trouver deux cas de vérification.

Le premier en date est l'observation V de l'article de Nové-Josserand et Perrin dans la *Revue d'Orthopédie* du 1^{er} mai 1909. Nous nous permettons de la résumer en partie.

OBSERVATION X

J... Pierre, 9 ans, entré à la Charité de Lyon le 28 janvier 1905.

L'enfant souffre du genou et de la hanche depuis

4 ans et il a été obligé à plusieurs reprises de garder le lit. Depuis deux mois environ, fistulisation d'un abcès externe de la cuisse. Il n'a pas été possible de faire préciser à quel moment le déplacement pathologique de la hanche s'est produit.

A l'examen on trouve le membre dévié en adduction, flexion légère et rotation interne. La hanche est déformée par la saillie en dehors et en haut de l'extrémité supérieure du fémur et donne bien l'impression d'une luxation. Œdème très accentué de la cuisse et de la hanche. Ulcération fistuleuse de la partie moyenne de la face externe de la cuisse; grosse suppuration; la température oscille de 37°5 à 38°5. L'état général est peu satisfaisant.

Le 28 janvier 1905. Résection de la hanche. L'articulation est abordée par l'incision antéro-externe de Lorenz. Après avoir ouvert la capsule, on éprouve quelque difficulté pour atteindre le col qui est déplacé en haut et en arrière. On parvient cependant à le sectionner avec une cisaille et on enlève la tête par morcellement. Celle-ci est dépourvue de son cartilage, mais elle ne présente pas de déformation d'usure. Le cotyle rempli de fongosités ne présente que des lésions superficielles avec une petite perte de substance dans sa partie antéro-externe. Son bord postéro-supérieur est conservé, on le sent nettement sous le doigt; il ne s'agit donc pas d'une luxation par usure. Derrière la tête, on trouve dans la fesse un volumineux abcès. Drainage.

Les suites opératoires n'ont pas présenté de particularités notables et, au mois d'août 1906, la guérison était assez avancée pour que l'enfant put se lever avec un bandage de marche.

Cette observation montre à notre avis trois points importants :

1° La luxation n'a pas été précoce, puisqu'en somme le début clinique remontait à quatre ans environ auparavant. Si la luxation était contemporaine du début, elle devenait possible au moment de l'intervention, puisque les extrémités osseuses étaient à peine altérées.

A la rigueur on pourrait objecter que l'origine tuberculeuse de cette coxo-arthrite n'est prouvée par aucun examen de pus. Mais pourtant les signes de début, la lenteur d'évolution, les altérations osseuses macroscopiques, la présence autour de la fistule d'une ulcération sont plus en faveur de la coxalgie que d'une ostéomyélite de la hanche.

2° Il existait un gros abcès et le fond du cotyle était bourré de fongosités. Ce sont elles qui ont dû refouler la tête fémorale pour lui permettre de se luxer.

3° Cette coxalgie était vraiment atypique. Un abcès était fistulisé depuis deux mois; il devait exister depuis environ 18 à 20 mois et les surfaces osseuses étaient indemnes. Il a donc dû s'agir vraisemblablement d'une ostéite du sourcil cotyloïdien, dans sa partie antéro-externe, qui a infecté la synoviale et qui a évolué très lentement pour son propre compte, étant à l'abri de l'ulcération compressive de par son siège anatomique.

La deuxième vérification anatomique a été publiée par le Prof^r Ombredanne dans la *Revue d'Orthopédie* du 1^{er} novembre 1913. Nous résumerons cette obser-

vation et nous citerons textuellement le compte rendu nécropsique.

OBSERVATION XI

B... Henri, 7 ans, entre à Bretonneau le 19 décembre 1912 pour une tuberculose primitive de la rotule, bien localisée.

Il fut opéré le 11 avril par le D^r Lance; et les suites opératoires furent normales. Au bout d'un mois la plaie était complètement cicatrisée, mais l'enfant n'allait pas bien; il maigrissait, et depuis quelque temps était morne et abattu.

« Le 19 mai, l'infirmière dit que l'enfant se plaint de sa hanche. On le découvre; son membre en position d'inversion ne laissait pas de place au moindre doute; il y avait luxation de la hanche. La région était douloureuse au palper, mais sans exagération. Une radiographie vérifia le diagnostic. »

Mais pendant ce temps un autre diagnostic se précisait : celui de méningite tuberculeuse. On ne réduisit pas sa luxation, et l'enfant mourut le 28 mai.

« Au nom de l'intérêt scientifique, nous avons pu obtenir de la famille l'autorisation de faire l'examen nécropsique complet.

L'os iliaque a été prélevé avec les 2/3 supérieurs du fémur. On dissèque d'abord grossièrement la pièce, jusque sur la capsule. On constate la luxation, en haut et en arrière, qui est évidente. Je fais dans la capsule deux ponctions avec une lame de bistouri, pour m'assurer qu'il n'y a pas d'épanchement liquide notable à l'intérieur de l'articulation. La pièce tout entière est alors immergée dans une solution de formol à fin de durcissement.

Un mois après, je la sectionne à la scie, suivant le grand axe du fémur et le centre de la tête fémorale. Les

deux surfaces de cette section sont ouvertes comme un livre, examinées et photographiées.

La tête fémorale s'est échappée du cotyle; elle s'est portée en haut et en arrière; elle correspond à un point situé à 4 cm. en arrière de l'épine A. S. et sur l'horizontale de cette épine. La tête fémorale a son contour normal, ainsi que son cartilage de revêtement. *A la partie inférieure de cette tête*, juste sur le cartilage de conjugaison, existe un foyer jaunâtre, d'aspect puriforme, de la taille de deux petits pois, dont la couleur tranche sur le contour rouge du reste de la section osseuse. Il ne paraît pas qu'il y a là un foyer de tuberculose, sinon enkystée, du moins intra-osseuse.

L'implantation supérieure de la capsule paraît remonter sur l'ilion et est formidablement épaissie. La face opposée au cartilage articulaire est lisse.

La coupe de la cavité cotyloïde apparaît normale dans sa partie supérieure : à ce niveau, le sourcil cotyloïdien a gardé sa netteté.

Le cartilage d'encroûtement est lisse, à peine dans la moitié supérieure. Au-dessous de ce niveau, il est au contraire velvétique et se continue avec la masse, qui remplit le cotyle et occupe tout l'espace situé entre le fond de cette cavité et la concavité du col fémoral (côté droit de la coupe).

Pour me rendre compte des connexions et de la signification de cette masse, j'ai enlevé avec précaution, avec une curette fine, tout ce qui, dans cette masse, était friable et paraissait être de la fibrine (côté gauche de la coupe).

J'ai constaté alors que les deux tiers inférieurs du cotyle, que tout le bord inférieur du col et le quart supérieur de la diaphyse portaient, attaché à eux, ce tissu durci par le formol, mais qui paraissait bien être un paquet de fongosités.

Dans cette masse je n'ai pas retrouvé nettement le bord inférieur de la capsule qui me paraît y être englobée, mais sous une forme méconnaissable.

L'intégrité du sourcil cotyloïdien postérieur et supérieur, qui frappe ici jusqu'à l'évidence, vient confirmer la différence profonde qui existe entre cette luxation précoce et les luxations tardives de la coxalgie, conditionnées au contraire par la destruction lente de ce talus cotyloïdien postérieur et supérieur. C'est la démonstration « anatomique de la division clinique qu'a créée M. Kirrmisson. »

En manière de conclusion, Ombredanne ajoute :
« Nous pouvons dire que ce n'est pas un épanchement liquide qui a disjoint la tête du fond du cotyle. Il semble qu'une masse de fongosités ait détruit le ligament rond, la partie inférieure de la capsule...

« La même pièce nous paraît montrer aussi que la réduction *doit être facile*, à seule condition d'écraser avec la tête les fongosités molles du cotyle. »

Plusieurs points méritent d'être retenus à notre avis :

1° comme dans la première observation l'absence d'hydarthrose;

2° le siège anormal d'un petit foyer osseux limité à la partie inférieure de la tête, loin de la zone habituelle. C'est lui qui a dû infecter la synoviale, comme dans les formes décrites par Waldenstrom;

3° la présence d'un abcès intra et extra-articulaire;

4° l'intégrité absolue de la cavité cotyloïde;

5° l'état de la capsule et en particulier l'intégrité de sa plus grande étendue.

Ces deux observations présentent un grand intérêt, car elles permettent de vérifier les hypothèses qui nous venaient à l'esprit à la lecture de celles de nos malades.

Elles montrent en effet l'une et l'autre :

1° que l'articulation était bourrée de fongosités;

2° qu'il existait des lésions osseuses limitées en des points particuliers. Nous verrons ultérieurement l'importance de cette localisation;

3° que les contours osseux étaient respectés.

Mais étudions de plus près l'état anatomique des os et des parties molles.

A) *Les extrémités osseuses articulaires.*

Un fait est acquis par définition, c'est l'intégrité des extrémités osseuses. D'ailleurs les radiographies que nous reproduisons, celles que nous schématisons confirment cette motion. Nous avons, de plus, posé comme condition préalable pour qu'il y ait luxation, la conservation des contours normaux des extrémités articulaires.

Est-ce à dire que le tissu osseux soit indemne ? Loin de là. Dans les deux cas de vérification (Obs. X et XI) il existait des lésions osseuses limitées. De plus, nous sommes convaincus que les cartilages d'encroûtement devaient être altérés, dépolis. La cavité coty-

loïde, le pourtour de la tête et du col peuvent présenter des lésions en surface. Mais ce qui importe — et nous insistons à dessein — c'est la conservation de la forme et du volume de la tête fémorale, c'est la conservation du rebord cotyloïdien, c'est l'intégrité de la voûte, empêchant d'incriminer un processus d'ulcération compressive pour expliquer le déplacement pathologique.

En effet, les destructions coxalgiques relèvent de deux facteurs, qui d'ailleurs le plus souvent, agissent de pair : le processus tuberculeux et celui d'ulcération compressive. Ces notions sont à l'heure actuelle tellement connues que nous croyons inutile d'insister. Depuis Lannelongue et Ménard tous les traités classiques en font mention.

L'ulcération compressive n'agit qu'au point de pression entre deux os : soit que ce contact relève de la station debout, soit qu'il dépende de contractures musculaires.

Donc le maximum de destruction osseuse dans une coxalgie banale sera au niveau de la voûte du cotyle et sur la partie antéro-supérieure de la tête fémorale. C'est d'ailleurs ce que vérifie l'expérience. Et le signe le plus précoce de la coxalgie au début est le « pincement articulaire » dans la zone supérieure et externe de l'interligne. Plus ou moins rapidement on verra à ce pincement succéder un enfoncement partiel de la tête fémorale dans le cotyle et ces os perdre non seulement leurs rapports normaux, mais leur forme, leurs contours.

L'ulcération compressive ici entre en jeu ; elle accentuait la destruction osseuse, c'est elle qui est responsable en grande partie de l'éculement du cotyle, de la fonte de la tête et du col fémoral : lésions banales des coxalgies.

Or, ce n'est point cela que nous rencontrons chez nos malades. L'abcès ordinairement est une complication de la coxalgie survenant dans le cours de la deuxième année d'évolution, et il correspond à une destruction osseuse avancée.

Chez nos malades (nous le verrons d'ailleurs ultérieurement), l'abcès est un symptôme constant ; il coïncide, ce qui semble rare dans les cas ordinaires, avec une intégrité presque totale des surfaces osseuses ? Essayons d'expliquer ce paradoxe :

Dans les observ. X et XI de vérifications anatomiques, chez plusieurs de nos malades, nous avons pu relever l'ostéite originelle de l'infection articulaire. Actuellement encore il a été presque impossible de prouver l'origine purement synoviale de certaines arthrites tuberculeuses. Or, de prime abord, un fait nous frappe, c'est la localisation atypique de ces foyers d'ostéite.

Ils siègent en effet — et la chose est capitale à notre avis — en dehors des zones d'influence de l'ulcération compressive.

Ce sont des ostéites limitées du bord antérieur du cotyle, de son bord postérieur, ou de la face inférieure du col et de la tête. Seul donc dans ces cas agit le processus tuberculisant. Celui-ci ramollit les os,

les infiltre, mais longtemps respecte leur contour; il y a modification du tissu osseux, avec respect de la structure de l'os. Ces foyers évoluent pour leur compte personnel. Ce sont de petits points, d'abord extra-articulaires — ou juxta-articulaires de la hanche — qui lentement vont évoluer vers l'article. Celui-ci d'abord se défend, mais inévitablement le point puriforme arrivera au contact de la synoviale et finira par l'infecter. Il se formera un abcès synovial dans lequel baigneront les extrémités osseuses. Celles-ci vont se surinfecter plus largement à son contact, et ultérieurement, on assistera à de larges destructions osseuses, par infection massive du squelette articulaire.

C'est ainsi que nous nous expliquons ces coxalgies avec abcès et voire même vieilles fistules, ayant très peu de lésions osseuses et qui, ultérieurement, feront une grosse destruction.

Waldenstrom a étudié ces formes limitées au niveau du col fémoral. Pour lui les ostéites de la moitié supérieure du col donnent surtout des destructions osseuses, et celles de la moitié inférieure plongent dans l'articulation, et donnent lieu à un abcès froid de la synoviale.

Dans certaines observations, nous trouvons une ostéite limitée dans une zone anormale, lorsque les radiographies de début montre une légère lésion osseuse.

Les épreuves de l'observation IX montre une ostéite limitée de la face inférieure du col fémoral,

débordant au delà du cartilage sur la pointe inférieure du noyau épiphysaire. Il suffit de se reporter au schéma IX pour s'en rendre compte.

Dans l'observation V, il semble qu'il y ait des lésions juxtaçoxales, avec maximum sur le bord antéro-externe du cotyle, avec des taches claires en nid d'abeille sur les épreuves radiographiques.

Les radiographies du petit malade de l'observation VII sont caractéristiques de lésions de la face inférieure du col fémoral, rappelant celles de l'observation IX.

Le malade V a des contours osseux nettement dessinés. Seule une érosion en coup d'ongle siège au niveau du bord postéro-interne du cotyle.

Les radiographies de la malade VI montrent une partie verticale du cotyle flou. Y a-t-il lésions osseuses? ou simplement un flou dû à la présence d'un abcès? Il est difficile de nier la première hypothèse?

Chez nos autres malades il nous est difficile de localiser le point de départ osseux de l'arthrite. Seule la radiographie du malade IV semble montrer des lésions de la partie verticale du cotyle.

Les observations de MM. Jouön, Nové-Josserand, Lance et Broca, que nous avons compulsées, ne donnent aucune indication sur la localisation originelle.

Aussi croyons-nous que parfois, dans les luxations coxalgiques dites « soudaines », il y a d'abord ostéite limitée articulaire, qui infectera la synoviale ulté-

rieurement. Ne serait-ce point là ces coxalgies à début purement synovial, dont parlaient Lannelongue et certains auteurs. Nous ne nous permettrons pas de trancher le différend.

Cet abcès froid de la synoviale va évoluer pour son propre compte; distendant la capsule, l'ulcérant plus tard, il progressera comme dans les formes banales. Les extrémités osseuses baignent dans le pus et ultérieurement elles présenteront les lésions ordinaires de la coxalgie qui, chez tous nos malades, ont été très accentuées.

Est-ce à dire que la luxation vraie coxalgique semble être l'apanage des formes à foyer limité des coxalgies atypiques? Nous ne le croyons pas.

Ainsi dans deux cas personnels (Obs. III et IV), la coxalgie apparut chez des enfants couchés depuis longtemps pour mal de Pott. L'une était en immobilisation de hanche idéale : elle était paraplégique. Nous croyons que dans ces cas une coxalgie ordinaire ne subit que relativement peu l'influence de l'ulcération compressive. Le processus tuberculeux agit ici en infectant de façon massive la synoviale et nous retrouvons en somme les mêmes lésions que plus haut. Il en serait de même pour les coxalgies immobilisées de façon parfaite.

Pour résumer, nous dirons qu'il nous a semblé que la luxation précoce se rencontrait dans les coxalgies où les lésions étaient surtout synoviales et où l'abcès contrastait manifestement avec le peu d'étendue des lésions osseuses.

B) *Les parties molles articulaires et péri-articulaires.*

Une première notion est à éclaircir. Sont-ce des luxations complètes, c'est-à-dire extracapsulaires ? Ou sont-elles simplement un déboîtement intracapsulaire ?

Dans certains cas, la chose est évidente, la capsule n'a pas donné issue à la tête fémorale. Si M. Ombredanne a dû ponctionner la capsule en deux points différents, pour s'assurer qu'il n'existait pas de liquide, c'est évidemment que la tête fémorale y était restée. Dans le cas contraire, cette épreuve n'aurait pas eu raison d'être : le liquide se serait épanché par l'hiatus de sortie fémorale.

De plus, il décrit une capsule épaissie, avec une insertion supérieure remontée sur l'iléon. Seul, le bord inférieur était méconnaissable. Pour expliquer la production de luxation par un orifice ainsi situé, il faudrait la rattacher à la luxation traumatique. Et nous croyons que la chose est inconcevable. Pour que la tête fémorale, en effet, double le bord inférieur, cela suppose une mise en abduction énorme du fémur, et la chose n'est guère possible, puisque les abducteurs sont les muscles les plus atrophiés. Le rôle du traumatisme étant inexistant, à quoi attribuer un déplacement aussi énorme, si ce n'est à une action musculaire ? D'ailleurs, chez le petit malade d'Ombredanne, la luxation s'est produite au lit. De plus, une mise en abduction d'une hanche atteinte d'ar-

thrite est difficile, puisque c'est là le mouvement le plus vite limité par contracture réflexe des adducteurs. Nous sommes par conséquent obligé de nous ranger dans ce cas à la luxation intracapsulaire. Les différents auteurs n'ont point signalé cette particularité. Et pourtant Parise en a rapporté une superbe observation. Nous croyons d'ailleurs qu'il s'agit là d'une luxation vraie, puisque « la tête fémorale a le même volume que celle du côté opposé et que la cavité cotyloïde n'offre pas d'altérations ». Avant Kirmisson, il avait donc décrit une luxation pathologique « soudaine » au cours d'une coxalgie. Mais il ne l'avait pas individualisée des pseudoluxations tardives. Nous nous permettons de reproduire une partie de cette observation, que nous empruntons à Mathieu et Strauss, dans leur article « Coxalgie » du Dictionnaire Dechambre.

« Enfant de 12 ans, de constitution scrofuleuse, élevé à Sceaux dans une blanchisserie, et ayant toujours habité des lieux humides.

« En juillet 1838, il ressentit des douleurs sourdes dans le haut de la cuisse droite, et trois mois après il ne marchait qu'avec difficulté; sa jambe lui paraissait plus longue que l'autre. Aucun traitement. En juillet 1839 recrudescence du mal : alitement. Un jour il s'aperçut que sa jambe, loin d'être plus longue, était devenue plus courte que la gauche. Il est apporté en août 1839 aux Enfants-Malades, dans le service de Malgaigne.

« A ce moment l'observation comporte les détails

suivants : cet enfant présente des signes de tuberculose pulmonaire et intestinale avancée. Tout mouvement est impossible à la hanche droite. La hanche est en adduction et rotation interne, empâtée et douloureuse. Le grand trochanter est surélevé d'au moins deux centimètres.

« *Nécropsie* : Elle a été faite avec soin et les pièces présentées à la Société des Internes, présidée par le Prof^r Sanson.

Les deux poumons sont farcis de tubercules, etc...
...La capsule de la hanche droite est « facile à séparer des parties voisines; elle est intacte. Elle est distendue par du liquide reconnaissable à la fluctuation. La tête du fémur luxée fait un relief facile à circonscrire en haut et en arrière; on peut la réduire... le mouvement inverse (la rotation interne) reproduit la luxation. La cavité cotyloïde n'offre pas d'altérations, elle ressemble à celle du côté sain, son cartilage est sain, le tissu adipeux qui en remplit le fond est plutôt atrophié que tuméfié. La capsule est plus molle et plus épaisse que celle du côté opposé. Le bourrelet est aussi moins ferme... et le doigt sent au-dessous la saillie osseuse du sourcil. Le ligament rond est allongé, aplati, mais existe.

« La tête du fémur a le même volume que celle du côté opposé. Cependant elle est un peu déformée par des dépressions... En comprimant fortement la tête vers son sommet on sent qu'elle s'affaisse, ce qui fait

présumer une altération intérieure, démontrée par une coupe verticale. »

Parise décrit en outre une ostéite large de presque tout l'os coxal du même côté ; il ajoute que cette lésion osseuse a précédé l'altération articulaire et que l'afflux de synovie (*sic*) a été déterminé par l'irritation de l'os propagée à l'article.

Il s'agissait bien ici d'une luxation intra-capsulaire. En est-il toujours ainsi. Nous ne le croyons pas. Il doit certes exister nombre de cas, où la capsule participe plus ou moins largement au processus abcédant. La résection de Nové-Josserand n'a pas montré de capsule, mais un vaste abcès, dans lequel nageait la tête fémorale. Si l'abcès évolue vers le haut de l'article, la capsule peut à ce moment être détruite et permettre l'issue de la tête fémorale en dehors d'elle.

Par conséquent, par principe intra-capsulaire, la luxation peut également se parfaire à travers la capsule, croyons-nous. D'ailleurs, ces luxations ne se font jamais ni très haut, ni très en arrière dans la fosse iliaque externe. Le raccourcissement est ordinairement de 2 cm. environ. Est-ce la capsule, qui le coiffe, ou des vestiges du ligament de Bertin qui limitent l'ascension fémorale ? Il est difficile de le savoir.

Les luxations en abduction et rotation externe doivent se faire soit en dehors de la capsule, soit dans une capsule fortement distendue. Or, une telle attitude en rotation externe suppose une destruction assez large du système capsulaire et ligamenteux antérieur ; le ligament de Bertin représente une des

zones de résistance de la capsule; il faut qu'il soit détruit ou très allongé pour permettre une rotation externe du fémur.

Les abcès : Dans tous les cas, la luxation se fait à l'intérieur d'une poche d'abcès, qui répond parfois à la capsule distendue, mais qui d'autres fois a franchi les barrières articulaires. Le plus souvent il semble exister une masse caséeuse, ou un fungus articulaire. Les collections liquides doivent être assez rares; elles distendent moins la capsule, parce qu'elles fusent rapidement en dehors d'elle.

Nous avons signalé leur fréquence. Lorsqu'ils ne sont pas perceptibles cliniquement, ils existent radiographiquement.

Etat des muscles : La coxalgie s'accompagne d'amyotrophie, comme toute lésion articulaire chronique. Elle est précoce — et notion peu courante — elle nous a semblé inégalement répartie. Nous n'avons pas ici à savoir pourquoi et comment se produit cette atrophie. Mais un fait clinique est acquis : c'est celui de la localisation élective sur certains muscles ou groupes musculaires pour une articulation donnée.

Le plus souvent les muscles atrophiés sont ceux qui se trouvent au-dessus de l'articulation malade. Ainsi au genou c'est le quadriceps fémoral qui est le plus atrophié; pour la tibio-tarsienne, c'est le triceps sural. Dans les arthrites du coude, l'atrophie sera prédominante sur le triceps trachial.

Tous les muscles du membre sont atrophiés, mais il en existe toujours dont l'atrophie est remarquablement plus accentuée.

A la hanche, celle-ci semble relever de deux facteurs :

1° Comme pour toute articulation, les muscles sus-jacents sont atrophiés. Psoas, pelvitrochantériens le sont. Mais le maximum porte sur les muscles fessiers et en particulier sur le moyen fessier.

2° Chacun sait avec quelle facilité un quadriceps fémoral fond, lorsqu'on immobilise un genou même indemne, par exemple pour une ostéotomie correctrice d'un *genu valgum*. Les muscles postérieurs de la cuisse sont également en partie atrophiés, mais ils le sont moins et les adducteurs le sont moins encore. C'est ainsi que nous nous expliquons la conservation relative — pendant un certain temps du moins — du groupe adducteur au milieu de cette atrophie énorme des membres coxalgiques.

Le groupe musculaire en partie conservé jouera un grand rôle dans la genèse des attitudes vicieuses du membre et de tous ses déplacements pathologiques. Et cela d'autant plus facilement que ses antagonistes, les abducteurs de la cuisse, sont très atrophiés (fessiers, psoas, etc.).

Les troubles musculaires sont encore plus complexes. A l'amyotrophie, il faut ajouter les contractures musculaires. En effet, au bout d'un certain temps, sous une influence difficile à déterminer, il se produit une contracture des adducteurs. C'est à cette

action musculaire qu'est due l'attitude vicieuse tardive des coxalgies. On sait, en effet, qu'à l'attitude en abduction et rotation externe fera place lentement et plus tard une position du membre en adduction et rotation interne. Le pronostic de cette attitude est défavorable du point de vue fonctionnel; aussi est-ce un des points directeurs du traitement des coxalgies.

Il semble que ces contractures tardives soient sous la dépendance de l'étendue des lésions osseuses; elles apparaissent d'ailleurs à des époques essentiellement variables.

Nous croyons que ces formes de réaction musculaire sont à différencier des contractures musculaires du début, qui sont surtout un réflexe de défense contre la douleur et se traduisent en clinique par une limitation plus ou moins marquée des mouvements de la hanche. La prédominance de conservation musculaire des adducteurs expliquent la limitation de l'abduction : signe précoce et important de toutes les arthrites de la hanche.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

I. — THEORIES PATHOGENIQUES EMISES JUSQU'A CE JOUR

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer les luxations pathologiques de la hanche avec intégrité des extrémités osseuses, telles que nous venons d'en voir au cours de la coxalgie et que l'on rencontre surtout dans les arthrites aiguës.

Portal, en 1797, avait à l'autopsie constaté que sans destruction osseuse la tuméfaction de la glande synoviale pouvait chasser la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde.

Petit-Parise, en 1842, tentait de corroborer par des expériences l'hypothèse de J.-L. Petit. Celui-ci, en 1722, publiait à l'Académie des Sciences un mémoire intitulé : « Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation, dont les auteurs n'ont point écrit. » Pour lui, les luxations spontanées du fémur seraient les conséquences tardives d'une chute sur le grand trochanter, qui cause-

rait dans l'articulation une inflammation, un dépôt. « La synovie surtout s'amiassera dans la cavité de l'articulation, la capsule ou tunique ligamenteuse en sera distendue et la tête de l'os peu à peu chassée au dehors sera enfin luxée. La synovie s'échappant continuellement dans l'article, on ne doit point être surpris qu'elle s'accumule et qu'elle remplisse la cavité au point de chasser la tête de l'os. »

Boyer ne voulut point y souscrire et disait de J.-L. Petit que « son opinion n'a d'autre valeur que celle d'une simple conjecture ». Aussi Petit-Parise fit des expériences pour prouver qu'une distension de la capsule par un épanchement était susceptible de causer une luxation de la hanche. A son expérimentation, il ajoute des faits anatomo-pathologiques personnels, et d'autres de Brodie et de Lesauvage. Nous ne retiendrons de son travail que les faits expérimentaux et une observation remarquable, dont nous ferons état ailleurs.

En 1883, Verneuil apportait à la Société de Chirurgie sept observations « pour établir l'existence d'une variété distincte de luxations pathologiques, se produisant en dehors de toute violence extérieure chez des sujets non scrufuleux, dans le cours d'une affection articulaire aiguë bornée aux parties molles, sans suppuration ultérieure et sans lésion primitive des os, variété susceptible d'être traitée fructueusement et par la réduction extemporanée, rendue facile par l'anesthésie... ».

Parlant de la pathogénie de ces luxations, il avoue

s'être rangé jadis à la théorie d'Hippocrate, de J.-L. Petit : l'hydarthrose coxo-fémorale. Mais « les objections me sont venues, dit-il, du jour déjà lointain où j'ai vu se produire sous mes yeux une luxation soudaine d'un genou atteint de rhumatisme, mais médiocrement tuméfié et dans lequel n'existait qu'une petite quantité de liquide ».

Certes l'hydarthrose coxo-fémorale doit exister. Certains aspects radiographiques en imposent pour une distension forte de la capsule. La tête fémorale est séparée du pourtour cotylien par une zone interosseuse plus large; il y a élargissement de l'espace clair articulaire. Mais cet aspect — rare il est vrai — n'a jamais été signalé au cours des luxations précoces de coxalgie avec preuves anatomiques ou radiographiques. Verneuil accepte l'idée d'hydarthrose, pour distendre la capsule, ramollir, relâcher les liens articulaires, mais sans pouvoir à elle seule effectuer la luxation proprement dite.

Pour cela il faut une action musculaire. Or, dans toute arthrite, il y a des muscles atrophiés ou même paralysés, et les antagonistes se contractent et produisent la luxation. A la hanche, pour Verneuil, les muscles paralysés sont les fessiers, les adducteurs deviennent prépondérants, ils maintiennent le membre en flexion, adduction et rotation interne. Ceux-ci, contracturés, poussent (*sic*) d'avant en arrière la tête du fémur qui, en arrière, ne rencontre pas de résistance (les fessiers sont atrophiés); celle-ci

franchit le rebord cotyloïdien et se porte dans la fosse iliaque.

Cette communication fut loin d'être acceptée par tout le monde. Trélat et Despré en particulier s'élevèrent contre cette hypothèse. Lannelongue et Delens seuls semblent se ranger — et avec réserve — à l'avis de Verneuil.

Kummer, en 1898, dans une série d'articles parus dans la *Revue de Chirurgie*, étudie la luxation coxo-fémorale, dite spontanée. Au cours de maladies aiguës sur 29 observations de luxations subites, il a noté et constaté 22 fois un épanchement séreux et séro-fibrineux et 3 fois un épanchement purulent.

En 1898-99, Kirrnisson et Caboche publiaient les premières observations de luxations soudaines au cours de la coxalgie, qui étaient complètement méconnues jusqu'alors et avaient dû être confondues avec celles des arthrites aiguës.

En 1901, Jouön consacre sa thèse à cette question et publiant les observations de son maître Kirrnisson, il en ajoutait une personnelle.

Kirrnisson et ses élèves se rallient à la théorie de l'hydarthrose comme cause de la luxation. Ils n'apportent d'ailleurs, pour étayer cette hypothèse, aucun fait clinique, ni anatomo-pathologique, aucune image radiographique. Le seul argument, apporté par Jouön, est l'argument de similitude avec les arthrites aiguës. Les luxations dans ce cas se produisent brutalement; elles sont facilement réductibles et la réduction se maintient aisément. Or, la simple lecture de

nos observations nous montrera qu'il n'en est pas toujours ainsi dans les coxalgies. La distension maxima d'une capsule de hanche par du liquide — d'après Petit-Parise — permet un écart de surfaces osseuses d'un peu plus d'un centimètre. Cela favorise la luxation, mais ne la produit pas. D'ailleurs Kirmisson semblait être moins affirmatif que Jouön sur le rôle de l'hydarthrose et plus encore sur son existence. Celui-ci, rappelant une citation verbale de son maître, lui fait dire : « Le mécanisme de la luxation doit être le suivant : la luxation est préparée par des lésions de l'articulation, par de l'hydarthrose *peut-être* (J.-L. Petit); la cause déterminante est la contraction musculaire survenant parfois pendant le sommeil.. »

Nové-Josserand insiste peu sur la pathogénie de ces luxations et il apporte encore une variante : « Il semble, dit-il, que l'épanchement articulaire invoqué par J.-L. Petit et les contractures musculaires incriminées par Verneuil jouent un rôle secondaire dans le développement de cet accident. La cause principale paraît être le ramollissement de la capsule et du fibro-cartilage par l'infiltration tuberculeuse... Si ces organes sont ramollis, relâchés par le processus tuberculeux, il est facile de comprendre que la moindre attitude vicieuse, la moindre contracture musculaire pourront devenir la cause d'un déboîtement articulaire. »

II. — ETUDE PATHOGENIQUE

A notre avis, cette discordance d'opinions de gens si autorisés, vient d'une différence des cas envisagés. Nous avons déjà vu, dans l'étude de l'anatomie pathologique, qu'il y avait deux grandes variétés de luxation en arrière et en haut. Ces deux formes peuvent presque s'opposer, aussi il nous semble qu'une telle dissemblance doit être due à des causes différentes. De plus, nous avons vu plus haut, dans l'étiologie de ces luxations, que leur mode d'apparition est variable, et nous pouvons dire de suite que ce mode de début semble conditionner en quelque sorte la position ultérieure de l'attitude vicieuse.

Ces deux formes à début brusque et début insidieux semblent être produites différemment, mais, à notre avis, cette différence ne relève pas de la nature du mal ou de son étendue plus ou moins grande.

En effet, nous savons que le processus tuberculeux a développé dans la synoviale un bloc de fongosités. Celles-ci, visibles quelquefois à la radiographie, refoulent la tête en dehors et mettent la hanche en position de distension maxima, décrite par Bonnet, c'est-à-dire en abduction, flexion légère et rotation externe. C'est la première attitude vicieuse de la coxalgie, celle du début clinique, qui répond en somme au stade inflammatoire pur sans destruction marquée.

Nous avons vu que les surfaces osseuses ne parti-

cipaient pratiquement pas au foyer tuberculeux. L'abcès froid continue à évoluer et remplit alors un double rôle. En effet, à son rôle purement mécanique de refoulement de la tête fémorale, vient s'ajouter un rôle de destruction.

Le ligament rond, la capsule, les ligaments progressivement, toutes les parties molles s'imprègnent, se ramollissent et subissent à leur tour la dégénérescence fongueuse. L'abcès froid s'assimile tout ce qu'il rencontre sur son passage.

Il arrive un moment où le ligament rond s'allonge ou se détruit, où la capsule se laisse distendre encore plus que normalement. La tête fémorale arrive à affleurer le bord du cotyle. C'est ce que nous appellerons *la position de préluxation*.

Sous l'influence d'une immobilisation rigoureuse en abduction forcée, les choses peuvent en rester là, et c'est ainsi que nous nous expliquons les aspects radiographiques de notre petite malade de l'observation VII.

Si le toit du cotyle était éculé, si le talus cotyloïdien était ébréché, la tête facilement filerait vers le haut : ce ne serait pas une luxation.

I. — PRODUCTION DE LA LUXATION PAR DÉBUT BRUSQUE

La tête fémorale est en position instable de préluxation. Pour une raison quelconque, que nous envisagerons ensuite, il se produit une contraction ou une contracture musculaire subite, la tête fémorale n'a

pas d'appui; elle suivra le muscle qui vient de se contracter et se luxera.

Nous avons vu que parmi les muscles péricoxaux, le groupe le moins atrophié est celui des adducteurs. C'est vraisemblablement lui qui entrera en jeu et portera la tête du fémur en dehors du cotyle.

Lorsque la luxation reste intra-capsulaire — et nous croyons que c'est le cas le plus fréquent dans cette variété de luxation — le globe fémoral viendra se loger un peu au-dessous et en arrière du sourcil. La capsule le coiffera et limitera l'ascension fémorale. Celle-ci est facilement distendue, parce qu'elle a déjà été ramollie par le fungus articulaire. Certes les expériences de Parise et celles de Bonnet surtout montrent que la distension maxima ne permet qu'un faible écart osseux. Mais ces auteurs oublient que le processus inflammatoire permet certainement des distensions plus grandes. Cruveilhier signale un cas, où la capacité articulaire était certainement plus que doublée de volume!

Si la capsule est effondrée par le haut — ce qui est possible — rien ne s'opposera à la luxation et celle-ci se fera comme ci-dessus.

Ce rôle des adducteurs est important. D'ailleurs, de par leur physiologie normale, ils tendent à écarter la tête du fond du cotyle. Leur rôle en sera d'autant plus facile pour consommer la luxation.

Ils amènent donc la tête en haut et en arrière et la mettent en rotation interne : ce que vérifie l'expérience. Tout ce mécanisme pathogénique nous semble

être assez proche des faits. En effet, toutes les luxations soudaines, soit de Jouön, soit des autres auteurs, avec début brusque, se sont toutes faites en adduction et rotation interne.

Sous quelle influence apparaît l'action musculaire? Elle se comprend facilement lorsqu'il existe un traumatisme même léger. C'est un réflexe d'observation quotidienne. Le système musculaire est en état de vigilance tacite autour de la hanche malade. Si un choc, si léger soit-il, vient l'atteindre, ceux-ci se contractent involontairement pour la protéger. Il est inutile d'insister à ce sujet.

Mais il est beaucoup plus difficile d'expliquer l'apparition de ce facteur musculaire au milieu du sommeil d'un enfant par exemple? Cette contracture doit être de même nature que celle qui arracha aux petits malades endormis le fameux cri nocturne du coxalgique.

Sur ce point nous nous rangeons à l'avis autorisé de M. Victor Ménard : « On ne peut confondre le cri inconscient, qui n'interrompt pas le sommeil, avec l'insomnie occasionnée par la douleur.

Pour expliquer ce phénomène, qui paraît d'ordre réflexe, on a invoqué surtout l'envahissement par le sommeil du système musculaire en état de vigilance autour de la hanche malade.

Lorsque l'enfant s'endort, la hanche est fixée par les muscles; ceux-ci ne se relâchent pas à l'heure même où les sens et les fonctions intellectuelles entrent dans la phase de repos. Plus tardivement,

après une ou deux heures de sommeil, en tout cas dans la première moitié de la nuit, l'appareil musculaire, qui maintenait immobile la hanche malade, perd à son tour son activité. Il en résulterait *un mouvement plus ou moins brusque* de l'articulation endolorie, d'où cri réflexe et *sans doute reprise de la contracture....* »

« L'immobilisation rigoureuse du membre ne les fait pas toujours cesser. » Cela pourrait expliquer cette luxation apparue chez un coxalgique de Nové-Josserand dans un appareil plâtré et qui ne fut diagnostiquée que lorsqu'on enleva l'appareil.

II. — PRODUCTION DES LUXATIONS A DÉBUT INSIDIEUX

Dans toutes nos observations, la date exacte d'apparition de la luxation n'a pas pu être relevée. Soit que celle-ci apparut sans troubles appréciables, soit qu'elle se soit constituée lentement, nous ne savons rien. C'est par hasard, au cours d'un examen clinique, ou à l'occasion d'une épreuve radiographique, que l'on découvre une luxation. Chez nos malades, celle-ci a été découverte à leur arrivée à Berck ou bien fortuitement au cours d'un examen.

Ici il n'y a pas grosse difficulté à expliquer la luxation. Et pour cela considérons d'abord les luxations avec abduction et celles avec adduction :

A) *Luxations avec abduction et rotation externe.*

Dans ce cadre rentre la luxation de Jouön, qui était une luxation en bas et en avant. Le Guichaoua, dans sa thèse de Paris en 1901, inspirée par Duret, de Lille, cite quatre cas de luxation ovalaire, mais elles ne rentrent pas dans notre cadre, car il s'agissait alors de déplacements secondaires par destruction osseuse. Nous ne nous y arrêterons pas. Les luxations en haut, en position d'abduction, s'accompagne d'un certain degré de flexion, moins marquée que la rotation externe.

Dans cette variété il faut encore faire une distinction entre les subluxations dans cette position (Observation VII) et les luxations complètes (Observ. III).

Les subluxations répondent à notre position de préluxation. La tête fémorale est en position instable. Le malade est en cours de traitement, par conséquent immobilisé en abduction, le plus souvent dans un appareil plâtré. C'est ainsi que nous arrivent les malades, envoyés par les hôpitaux de Paris. Cette position tend à refouler la tête du fémur vers le fond du cotyle, s'oppose en tous cas à l'action musculaire et par conséquent à la luxation complète. C'est de cette façon que nous nous expliquons les images radiographiques de l'observation VII.

Lorsqu'au contraire la luxation se consomme en position de Bonnet, c'est-à-dire en abduction, flexion et rotation externe, le mécanisme est différent.

Nous savons que le premier stade de position vicieuse des hanches tuberculeuses se fait dans cette attitude; et plus ou moins tardivement d'ailleurs, l'apparition de contractures musculaires à prédominance des adducteurs met la cuisse dans l'attitude d'adduction, rotation interne.

Reprenons notre coxalgie en position de préluxation en abduction et légère rotation externe. Le facteur musculaire n'intervient pas. La progression de l'abcès froid synovial continue, détruit totalement capsule et ligaments, et en même temps refoule de plus en plus la tête fémorale; celle-ci arrivera à sortir complètement du cotyle et restera dans sa position première, puisqu'elle est simplement refoulée. Nous aurons alors une luxation en abduction et rotation externe.

B) *Luxation en adduction et rotation interne
à début insidieux.*

Il peut s'agir ici de luxation à début brusque dont l'apparition a passé inaperçue et cela doit être le cas le plus fréquent.

Mais nous croyons aussi qu'une coxalgie en position de préluxation peut subir lentement l'influence des contractures musculaires. Le passage des attitudes en abduction à celles en adduction au cours d'une coxalgie est assez insidieux. Le plus souvent il se fait presque de façon inaperçue et se constitue très lentement. Il est dû, nous le savons, à la contracture mus-

culaire réflexe et continue de la masse des adducteurs. Si celle-ci se produit en position de préluxation, lentement elle entraînera la tête en adduction et rotation interne. Il est facile de comprendre que, dans ce cas, il ne faut qu'un faible effort musculaire pour consommer la luxation.

En somme, les luxations vraies de la coxalgie se produisent : soit en deux temps ;

1° refoulement de la tête par un abcès, puis

2° ascension de celle-ci par une *contraction musculaire* assez forte = luxation à début *brusque*; par une *contracture musculaire* réflexe = luxation à début *insidieux*;

soit en un seul temps avec larges destructions des parties molles, c'est la luxation lente en abduction et rotation externe.

Tous les auteurs insistent sur la facilité de reproduction de ces luxations réduites par la simple mise du membre inférieur en position d'adduction. Par conséquent, nous croyons pouvoir induire de ce fait, que la contraction musculaire n'est pas une vue de l'esprit et bien une réalité. De plus, nous avons tendance à croire que les luxations, qui se produisent en abduction et rotation externe, ne sont pas le fait d'une contracture musculaire, puisque la mise en abduction de la hanche tend à refouler le globe fémoral dans le cotyle et que, d'autre part, les muscles abducteurs sont de beaucoup les plus amyotrophiés.

OBSERVATION XII

Nous nous permettons, pour corroborer notre opinion, de rapporter cette observation, que M. Lance a publiée dans la *Revue d'Orthopédie* du 1^{er} novembre 1903 :

M... Raymonde, 11 ans, est amenée à la consultation de Bretonneau le 13 avril, parce qu'elle a été prise brusquement, trois jours auparavant de douleurs violentes dans le genou et la hanche droite, avec une fièvre élevée.

Les antécédents attirent de suite l'attention sur la tuberculose; elle a eu une sœur qui a eu des ganglions du cou soignés par des ponctions pendant deux ans. Elle-même a eu la rougeole, il y a deux ans, et a présenté il y a six mois un spino-ventosa de la troisième phalange du deuxième orteil devenu fistuleux et gratté à Bretonneau le 13 avril, dix jours auparavant.

En poussant un peu les parents, on finit par leur faire avouer que l'enfant tirait un peu la jambe droite le soir, quand elle était fatiguée, mais sans souffrir. Le début des douleurs *a été brusque* il y a trois jours.

Actuellement, la hanche droite est immobilisée complètement en flexion à 30°, adduction à 35°, rotation externe à 45°. Le grand trochanter est surélevé de 1 cm. 1/2. La moindre tentative de mobilisation de la hanche arrache des cris à l'enfant. Immédiatement en avant des vaisseaux, *on sent une masse de fongosités*, un début d'abcès froid remontant sous l'arcade crurale et remplissant en partie la fosse iliaque. Cette masse est ponctionnée, mais il ne s'écoule pas de pus.

On installe une extension continue et fait faire une radiographie.

Celle-ci montre que le cotyle et la tête fémorale, bien qu'un peu floues et décalcifiées, *sont intacts de contour*. Cependant *la tête prête à se luxer* est absolument à cheval sur le sourcil cotyloïdien et écartée du fond du cotyle de près de 2 cm.

Le 27 avril, sous anesthésie générale, on constate qu'en exagérant légèrement l'adduction du membre et en exerçant une légère pression de bas en haut, *la tête sort complètement du cotyle*. En amenant doucement le membre en abduction, en exerçant une traction légère sur lui, la tête rentre dans le cotyle avec un léger ressaut et une sorte de crépitation molle, comme s'il y avait un peu d'écrasement des tissus friables. On immobilise le membre en abduction à 25°, extension et rotation après montre que la luxation est réduite. L'état général précaire s'est ultérieurement amélioré à Berck, où on lui a ponctionné plusieurs fois son abcès ramolli. »

Il s'agissait donc d'une hanche en voie de luxation. et nous voyons qu'il a suffi d'accentuer l'adduction pour la consommer. L'association d'adduction et rotation externe — paradoxale à prime abord — ne serait-elle pas un stade intermédiaire dans le changement d'attitude du membre qui, en abduction et rotation externe, se met lentement en adduction et rotation interne.

Il nous semble assez difficile de l'expliquer autrement, les muscles adducteurs étant rotateurs en dedans, les abducteurs, rotateurs en dehors.

L'anatomie pathologique nous a montré que ces luxations se rencontrent surtout dans des formes rares de coxalgie. Parfois ce sont des formes, où la lésion

osseuse atypique (au point de vue localisation originelle) évolue comme une ostéite banale, infectant l'articulation largement. Et l'abcès froid synovial se développe plus rapidement que n'apparaissent les lésions habituelles de la coxo-tuberculose.

Cette influence manifeste de la réaction synoviale prédominante rattache ces coxalgies aux arthrites ostéomyélites. Dans ces cas, en effet, la lésion osseuse originelle est peu destructrice, elle tend avant tout vers la séreuse articulaire, et là va se développer un abcès de la synoviale. C'est le cas habituel dans les arthrites suppurées de la hanche, c'est l'exception dans les coxalgies. Cette opposition d'évolution anatomique des foyers articulaires explique à notre avis la rareté des luxations vraies de la coxo-tuberculose et leur fréquence dans les ostéomyélites et surtout les arthrites suppurées de la hanche.

Cette complication relève plus de la réaction de la séreuse que du siège cotyloïdien ou fémoral des lésions osseuses premières. Et à notre avis, la pathogénie des luxations pathologiques de la hanche est la même dans tous ces cas tuberculeux ou non.

CHAPITRE VI

ETUDE CLINIQUE

Celle-ci comporte l'étude des symptômes d'apparition de la luxation et de plus l'étude des signes de la luxation.

A) SYMPTÔMES D'APPARITION DE CES LUXATIONS

« Le mode d'apparition de ces luxations se signale par trois caractères principaux; elles sont précoces, soudaines et spontanées », dit Jouôn dans sa thèse.

Nous avons déjà, au cours de cette étude, plusieurs fois insisté *la spontanéité de ces luxations*. Elles se produisent en effet à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, d'un simple effort, voire même au cours du sommeil et en pleine période d'immobilisation dans un appareil plâtré (Nové-Josserand).

Lorsque à leur origine on rencontre un traumatisme, celui-ci est toujours léger, insignifiant. Dans un cas de Broca, c'est un choc sur le genou, dans un autre de Lance une chute banale en jouant, qui condi-

tionnent l'accident intempestif qu'est une luxation de hanche. Dans trois observations de Kirmisson, la luxation s'est produite au lit; dans un cas même, la malade était soumise à l'extension continue.

L'apparition d'une luxation chez deux de nos enfants immobilisés pour mal de Pott, dont un avec paraplégie est encore une preuve de la spontanéité de ce déplacement articulaire. D'ailleurs elle est tellement évidente, qu'aucun auteur n'a fait intervenir une cause extérieure pour expliquer leur mécanisme. Et par là ces luxations coxalgiques se rapprochent de ces luxations au cours des arthrites aiguës, qui apparaissent elles aussi, alors que les malades gardent le lit.

Jouön écrivait : « *Leur précocité* doit tout d'abord être mise en relief; on pourrait dire que c'est là leur caractère primordial... » Nous ne croyons pas devoir nous ranger à cet avis. En effet, dans l'observation V de MM. Nové-Josserand et Perrin, le malade souffrait de la hanche et du genou depuis quatre ans. Il avait été obligé de garder le lit à diverses reprises. Les os étaient presque intacts et par conséquent la lésion coxalgique vraie n'avait pas cet âge.

Nous croyons que ce cas vérifie encore notre hypothèse, que ces coxalgies débutent par des lésions limitées du col fémoral ou du cotyle, et seulement lorsque la synoviale est bourrée, la luxation devient possible. La précocité est donc relative. Dans certains cas, la luxation a pu révéler la coxalgie; mais dans d'autres,

elle apparaît longtemps après le début des accidents fonctionnels.

M. Nové-Josserand partage notre avis sur *l'insidiosité ordinaire* du début. Sur les neuf malades de son article de la *Revue d'Orthopédie*, un seul a présenté le début soudain, décrit par Jouön. Nous ne l'avons rencontré chez aucun des nôtres.

C'est lentement que se forme et, par conséquent qu'apparaît, le déplacement articulaire. L'examen systématique et précoce des malades, la coutume des radiographies fréquentes permettent d'affirmer la progression de ces luxations (Obs. I, Obs. IV). Nous croyons même que si leur apparition quelquefois est brusque (cas de Jouön), des examens antérieurs auraient montré une hanche malade en position de subluxation (Obs. I).

B) SIGNES DE LUXATION

Nous n'insisterons pas. Ce sont des luxations vraies et, par conséquent, elles se présentent à nous sous les mêmes aspects cliniques que les luxations traumatiques, avec la note inflammatoire surajoutée.

Ce sont ici encore, comme dans les luxations traumatiques, le plus souvent des déplacements en haut et en arrière.

D'ailleurs souvent la luxation est une découverte radiographique, les signes propres étant marqués par l'empâtement massif de la hanche ou par des abcès collectés.

La déformation extérieure est fonction, outre de la rotation du fémur, de la présence d'un abcès ou d'un empâtement péri-articulaire. Celle-ci accentuera celle-là. La rotation externe avec abduction donne peu de déformation extérieure à part la position du membre, qu'il est inutile de décrire. Dans ces cas, la flexion est légère et presque toujours compensée par une lordose lombaire. L'abduction est moins marquée que Jouön ne l'a décrite dans sa luxation ovulaire. La rotation externe l'est plus ou moins ; les signes radiographiques sont très particuliers, nous les avons décrits à l'Anatomie pathologique. La tête, le col et le grand trochanter se projettent sur le même plan ; à tel point qu'un cliché un peu insuffisant de hanche luxée en rotation externe peut en imposer pour une extrémité supérieure décapitée de son col et de sa tête.

Au contraire, les radiographies de luxation avec rotation interne montrent un col vu dans son plus grand développement par fermeture de l'angle de déclinaison du col. La déformation extérieure est très marquée ; le trochanter est franchement en dehors, soulève les téguments plus ou moins enflammés.

L'examen plus complet montre :

Une ascension de ce grand trochanter au-dessus de la ligne de Néleton-Roser, ordinairement de 2 à 3 cm., ce qui mesure le raccourcissement réel du membre.

Une palpation attentive permet de sentir soit au-dessous et en dehors des vaisseaux fémoraux, soit dans

la fesse, une tête fémorale, à laquelle se communiquent les mouvements imprimés à la cuisse. Il ne faut d'ailleurs pas insister au cours de cette recherche, parce qu'elle est inutile au diagnostic, très douloureuse. Parfois elle ne donne pas de renseignements, un abcès profond marquant les contours osseux.

Il en est de même de la déshabitation du triangle de Scarpa au niveau des vaisseaux fémoraux, qui est ordinairement empâté.

Kirmisson décrivait comme position caractéristique de luxation vraie de coxalgie *l'inversion du membre inférieur*. Il entendait par ce mot la position répondant aux luxations très postérieures. L'adduction est très marquée, la cuisse malade croise la cuisse saine au-dessus du genou; la rotation interne est très prononcée, le pied repose sur le plan du lit par son bord interne.

Nous n'avons pas observé d'attitude vicieuse aussi marquée; nos malades se sont tous luxés en cours de traitement plus ou moins rigoureux.

M. Nové-Josserand décrit la rotation externe du membre comme caractéristique. Nous croyons inutile maintenant d'insister et de montrer que la rotation externe est aussi fréquente que la rotation interne. Nous nous rangeons à l'avis de Broca (in *Tuberculose Chirurgicale*) lorsqu'il prétend n'avoir pas rencontré l'association paradoxale d'adduction et de rotation externe.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Dans tous les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, le diagnostic a toujours été très facile. Bien que les circonstances d'apparition soient variables, nous croyons être en droit d'affirmer que souvent même il est évident.

Tantôt un enfant atteint d'une coxalgie manifeste et dûment diagnostiquée, attire un jour l'attention soit par une attitude vicieuse soit — au cours d'un examen régulier — par quelques signes de luxation. Toute la difficulté consiste dans le fait de penser à cette complication et de ne pas s'arrêter à des diagnostics voisins, tels que ceux d'attitude vicieuse pure et simple, déplacement secondaire.

Tantôt et — c'est, croyons-nous, un cas fréquent — la coxalgie évolue avec des signes locaux sérieux, gros empâtement périarticulaire, abcès collecté sous les vaisseaux ou à la face externe de la fesse, telle notre petite malade de l'observation V. La déformation externe peut être énorme, avec saillie du tro-

chanter en dehors. Mais il est difficile de départager ce qui revient à l'atrophie des parties molles, avec gros œdème surajouté, et au déplacement articulaire.

D'ailleurs, dans des cas semblables, l'examen de la région est extrêmement pénible pour le malade, et nous croyons qu'il est inutile d'y avoir recours. Et alors le plus souvent — dans de telles circonstances — la luxation est une découverte radiographique. La pratique régulière des radiographies chaque trimestre, ou tous les six mois chez les malades, permet ainsi de suivre pas à pas — dirons-nous — l'évolution des lésions et a le gros avantage de ne rien laisser échapper des complications de la maladie.

Dans ces deux alternatives rentre la majorité des luxations. C'est ainsi que nos diagnostics se sont posés. La plupart (sept exactement) sont arrivés avec une coxalgie typique. L'examen somatique à l'entrée a permis de reconnaître des signes de luxation, et alors la radiographie n'a fait que préciser le diagnostic. Ou celui-ci n'avait pas été fait cliniquement, parce que impossible à faire, et alors la luxation a été une découverte radiographique.

Beaucoup plus délicat dans certains cas, peut-être le diagnostic de luxation survenant sur une hanche jusque-là réputée saine. Les malades de nos observations III et IV en sont un exemple.

Toutes deux étaient immobilisées pour mal de Pott dorso-lombaire. L'une souffrait de sa hanche, l'autre, au décours d'une paraplégie, présentait des signes fonctionnels dans son membre inférieur gauche.

Toutes deux avaient une attitude en flexion légère. Et le premier diagnostic qui nous vint à l'esprit — et celui qui s'impose d'ailleurs dans de tels cas — fut celui de réaction du psoas par un abcès pottique. Des signes, tels que redressement lombaire, etc., nous ont peut-être fait songer à un mal de Pott lombo-sacré, c'est l'abcès trochantérien qui en est responsable. L'examen physique de ces malades était impossible; tout mouvement non seulement de la hanche, mais aussi du segment vertébral inférieur, leur arrachait des cris. Seule, dans de tels cas, la radiographie est possible. Et celle-ci nous montre dans un cas (Observation III) une luxation complète, dans l'autre une luxation en voie d'achèvement (Observ. IV). La luxation traumatique était impossible. Seule venait à l'esprit l'idée de luxation pathologique. L'association d'un mal de Pott, et aussi dans un autre cas, d'autres foyers tuberculeux en précisait l'origine.

Faisons remarquer au passage l'utilité très grande d'examiner systématiquement tout le système osseux et articulaire d'immobilisés. Une coxalgie chez un pottique peut évoluer lentement sans bruit et être une découverte au début de la maladie. Inversement, un mal de Pott peut évoluer chez un coxalgique immobilisé jusqu'à une grosse destruction vertébrale, sans ne donner lieu à aucun signe subjectif, et c'est seulement au début de la marche qu'on découvrira l'affaissement vertébral.

Reste une circonstance où le diagnostic de luxation se fera et peut prêter à difficultés quelquefois.

C'est lorsque celle-ci survient sur une hanche saine en apparence, sans autre foyer de localisation. La coïncidence d'un trauma à l'origine peut, dans certains cas faire errer le diagnostic. Mais rapidement on assistera à l'apparition des signes inflammatoires.

De même le diagnostic rétrospectif peut être délicat dans certains cas.

Nous allons passer en revue ainsi un peu rapidement les diagnostics exceptionnels que l'on pouvait être amenés à envisager.

La luxation survient sur une hanche saine en apparence? Est-ce une luxation pathologique?

Le rappel des anamnestiques permettra quelquefois le diagnostic. Les parents insisteront eux-mêmes sur le mode d'apparition de ce déplacement. L'enfant, jusque-là indemne, est pris de façon plus ou moins subite de douleurs dans la hanche. La station debout est difficile, tout mouvement presque impossible. La cuisse est en position anormale irréductible d'emblée, soit en adduction, soit en abduction. C'est ce qui s'est passé pour l'enfant de l'observation XI que nous avons empruntée à M. Ombredanne. L'enfant était au lit, on venait de lui gratter (M. Lance) une ostéite de la rotule, et un matin, on découvre sa cuisse en position d'inversion. Dans un cas pareil, le diagnostic fut évident. Il s'agissait d'une luxation de la hanche d'ordre pathologique. La tuberculose rotulienne récente précisait la nature de l'arthrite. En effet, rien

n'est aussi particulier. Quelle autre étiquette pourrait-on mettre sur une luxation spontanée, avec de tels antécédents?

Le diagnostic devient plus délicat lorsque, à l'origine, il y a un traumatisme. Et alors il faut parfois une grande sagacité — avant tout examen radiographique — pour expliquer les troubles articulaires en cause. Chez l'enfant on ne pense pas à la luxation traumatique, qui est presque aussi rare que la luxation coxalgique vraie. MM. Rendu et Maitrejean ont insisté sur la fréquence de cet oubli dans un article remarquable de la *Revue d'Orthopédie*.

Et pourtant l'examen clinique révèle une attitude vicieuse du membre en adduction ou en abduction. Tout mouvement passif et actif est limité, s'il est possible. Le grand trochanter est élevé de 2 à 3 cm.; il est soit plus antérieur soit plus postérieur que normalement. Sa position est fonction du degré et du sens de la rotation fémorale.

D'ailleurs on ne s'attardera pas au rôle du traumatisme. Il est presque toujours illusoire, et en tout cas, en désaccord avec l'importance des accidents ultérieurs. Un choc léger sur le genou, le fait de se lever de table, une simple chute dans une cour d'enfants ont permis à la hanche de se luxer.

Si l'on doute de l'origine pathologique de la luxation, quelques symptômes peuvent corroborer cette hypothèse. La coïncidence de ces accidents avec une fièvre plus ou moins élevée implique la motion d'infection en cause; il en est de même d'une adénopathie

satellite, ou d'un autre foyer osseux, qui éveillera les soupçons.

Certes l'apparition tardive d'une ecchymose périnéale ou fessière tranchera les doutes. Dans aucune observation de luxation pathologique celle-ci n'a été signalée : ce qui se comprend d'ailleurs aisément.

Nous croyons que l'étude des clichés radiographiques peut donner des renseignements précieux. Nous avons déjà signalé que l'abcès peut être visible à la radiographie sous forme d'une ombre un peu pâle, siégeant le plus souvent entre le corps de l'extrémité supérieure du fémur et la tubérosité ischiatique. La lecture minutieuse et précise au négastoscope permettra en outre de découvrir parfois des lésions osseuses limitées : ostéites du col, ou du cotyle, etc...

Avant toute épreuve radiographique, la luxation pathologique de la hanche peut être confondue avec le décollement épiphysaire pathologique du fémur. Celui-ci s'accompagne le plus souvent de luxation du col dans la fesse. Ceci se rencontre dans des cas particuliers tels, que le diagnostic s'impose presque. C'est ordinairement la complication des arthrites à pneumocoques du nourrisson. La gravité de l'ostéomyélite à pneumocoques, qui décolle le cartilage conjugal, la notion de l'infection en cause, la rapidité d'évolution, l'allure phlegmoneuse font faire le diagnostic, que vérifiera la résection thérapeutique.

De quelle nature est cette arthrite?

L'examen complet et systématique du petit malade permettra d'éliminer toutes les arthrites aiguës des grandes pyrexies : scarlatine, typhoïde, etc...

Les arthrites suppurées, auxquelles nous rattacherons l'ostéomyélite aiguë de la hanche, ont un début trop dramatique, des signes généraux si graves qu'il est difficile de les prendre pour une coxalgie ! La coxalgie à début aigu existe; la littérature de ces dernières années en apporte de nombreux exemples. Mais ce sont des formes sérieuses, septicémiques presque, qui s'accompagnent rapidement de grosses destructions osseuses. Les luxations soudaines y sont possibles; nous n'en connaissons pas d'exemple. Si l'erreur d'origine bactériologique était faite, l'évolution avec apparition d'autres foyers tuberculeux, la rectifiera rapidement, comme dans un cas publié par Broca dans la *Revue d'Orthopédie* de novembre 1902 (Obs. XXVI).

Mais, le plus souvent, l'arthrite est d'allure froide, torpide, sans phénomènes généraux sérieux. Et pratiquement deux diagnostics se posent : ostéomyélite chronique ou tuberculose?

Le diagnostic sera, avant tout, fait par une étude clinique minutieuse, un rappel des anamnestiques. Et que le diagnostic soit certain ou hésitant, on aura soin d'examiner les sécrétions articulaires.

A l'Hôpital maritime de Berck, tous les pus sont examinés, au point de vue bactériologique. Gauquelin,

dans sa thèse inspirée par Mozer, a fait une étude très complète de la technique employée à Berck dans les services de notre maître Sorrel. De même chaque malade est l'objet d'une étude sérologique. A tous est faite une cuti-réaction, dont l'étude des résultats nous est souvent d'un précieux secours.

Pour trancher le différend bactériologique, on fera soit un examen des sérosités après homogénéisation, soit une culture sur le milieu de Pétroff, et au besoin une inoculation au cobaye.

L'association de luxation et de coxalgie pose un problème, parfois difficile à résoudre, surtout lorsque la lésion commence à dater et qu'aucun renseignement rétrospectif n'est apporté.

S'agit-il d'une luxation congénitale compliquée de coxalgie ou d'une coxalgie compliquée d'une luxation pathologique?

En principe le diagnostic est facile. L'enfant a marché et les parents eux-mêmes avouent la démarche si particulière de cette affection. Les phénomènes douloureux n'apparaissent que plus tard. Un premier diagnostic à faire est celui des arthrites sèches si fréquentes chez de tels malades. Ceci sort du cadre de notre étude. Si la note inflammatoire est surajoutée, que les antécédents signalent leur nature, le diagnostic sera évident.

Mais, en l'absence d'anamnétiques, ou si l'enfant n'a jamais marché, seule la radiographie pourra donner quelques indications, quelques probabilités.

L'existence d'une luxation congénitale de l'autre côté sera en faveur d'une luxation bilatérale.

Mais il y aura des cas, où l'on restera hésitant, surtout lorsqu'on aura à faire un diagnostic rétrospectif. La radiographie montre une luxation nette. Celle-ci est à peu près du même âge que la coxalgie, au point de vue clinique; mais le processus tuberculeux a marqué son empreinte, et masqué les signes radiographiques, qui permettraient de préciser la nature congénitale ou non des lésions. Nous en avons eu un exemple à l'Hôpital maritime. Une luxation avait été réduite à Paris dans la prime enfance. Dans les mêmes temps, une coxalgie commençait à évoluer. Et nous n'avons pu l'examiner que plusieurs années après, alors que les extrémités osseuses étaient le siège d'une destruction.

Un autre exemple d'erreur possible de diagnostic s'est présenté dans les mêmes temps dans le même service. Un enfant de sept ans avait fait une coxalgie de forme anormale, ressemblant aux formes hyperostosantes de Frœlich. Il y a eu hydarthrose, qui a guéri. La radio montre une tête paraissant hypertrophiée. Elle est subluxée en avant et en dehors, ce qui la fait saillir et paraître plus volumineuse encore.

Les mouvements de la hanche sont limités. La tête fémorale est saillante au dehors des vaisseaux fémoraux. Elle est en luxation antérieure appuyée, rappelant ce que Le Damany a décrit sous le nom *de défaut de la hanche*, pour expliquer la pathogénie des luxations congénitales.

Une radio de profil ultérieure a montré des lésions types de coxalgie et une antéverson du col sans valgum. Il s'agit ici d'une malformation congénitale et non d'une luxation en voie d'apparition.

Nous rattacherons à cette forme les coxa valga luxans décrites par Lance et par Plaziat. C'est là une rareté clinique.

CHAPITRE VIII

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Les auteurs sont en désaccord sur le pronostic de ces luxations vraies. Jouön écrivait dans sa thèse : « Ainsi donc le pronostic de la luxation en elle-même est excellent; mais bien plus le pronostic de la coxalgie, qui a produit la luxation, n'est pas mauvais. M. Berger dit en effet dans son rapport : « L'histoire même des cinq malades semble indiquer qu'il s'agit plutôt de coxalgies relativement bénignes et dans lesquelles les lésions de la tuberculose n'ont eu ni une grande profondeur, ni une tendance marquée à la diffusion; ils ont en effet tous guéri après réduction de la luxation. »

Lance, dans son article de la *Revue d'Orthopédie* de 1912, que nous avons déjà plusieurs fois cité, prétend que ces coxalgies ont parfois une évolution grave et que la réduction n'est pas toujours facile à réaliser et à maintenir. Souvent, dit-il, des abcès apparaissent dans le cours de la première année.

Essayons de nous faire une opinion à la lumière

des faits. Nous nous élevons immédiatement contre l'affirmation de Berger : ils ont tous guéri après réduction de la luxation. Qu'ils aient guéri tous, nous n'en doutons pas; mais nous sommes convaincus que la réduction de la luxation n'a eu aucune influence sur l'évolution de la culture bacillaire dans la hanche, au contraire comme nous le verrons plus loin.

M. Vignard est beaucoup moins affirmatif : « J'ai eu récemment l'occasion de voir se fermer très rapidement les fistules multiples après la luxation assez brusque de la tête. » De cet exemple « unique et heureux », il n'a tiré aucune conclusion ferme.

Nous avons déjà signalé au chapitre de l'Étiologie que sur 24 observations que nous avons compulsées, la suppuration de la coxalgie a été la règle.

Sur neuf malades de l'Hôpital maritime, six présentent des abcès ou des fistules au moment de leur luxation. Il en est de même de quatre malades de Nové-Josserand sur neuf. Nos trois autres malades font des abcès assez rapidement après la réduction le plus souvent dans les trois mois et dans un cas un an environ après. Trois malades de M. Nové-Josserand font un abcès dans les trois mois après la réduction, un autre dans l'année. Le dernier de ses malades n'a pas fait d'abcès pendant les trois mois qui suivirent la réduction. Nous n'avons pas de détails ultérieurs.

Sur les six malades de M. Jouön, trois font des abcès; rien n'est signalé à ce sujet chez trois malades, un dernier n'en fait pas.

Nous croyons être en droit de conclure que la sup-

puration et la fistulisation assez souvent font partie intégrante du tableau clinique des luxations coxalgiques.

Or, nous avons coutume de considérer comme sérieuses les coxalgies évoluant avec abcès, c'est d'ailleurs comme telles que nous avons considéré celles de nos malades I, III, IV, V, VI. Notre petite malade de l'observation VII fait une coxalgie de gravité moyenne.

L'abcès, à notre avis, étant facteur de la luxation, nous disons que la luxation n'aggrave pas la coxalgie, mais qu'elle est l'apanage des formes suppurées, donc graves.

D'ailleurs toutes nos coxalgies, qui sont guéries, ou évoluent encore, présentent de grosses destructions osseuses ultérieures. Nous avons insisté sur ce point dans chacune de nos observations.

Quant au pronostic de la luxation elle-même, nous nous rangeons à l'avis de l'école lyonnaise. Si la réduction est facile, sans anesthésie, par simple traction et mise en rotation inverse, elle n'est qu'un accident passager de la coxalgie. Si, au contraire, la réduction est pénible — et nous verrons qu'alors il faut la différer — qu'elle nécessite un écrasement des fongosités articulaires, elle est un traumatisme aggravant. Ainsi, sur le petit malade de M. Nové-Josserand (Obs. I de la *Revue d'Orthopédie* de 1909), on n'avait fait aucune manœuvre de violence, mais seulement un mouvement d'abduction forcée déchirant les adducteurs. « Le résultat a été, au bout de quelques

semaines, une suppuration étendue, bientôt suivie de méningite. »

Certes, si la réduction n'est pas possible, ou ne se maintient pas, le pronostic fonctionnel ultérieur peut en être singulièrement aggravé; car rapidement les fibres capsulaires, qui subsistent s'étriquent, le cotyle se déforme, et rien ne sert d'appui au fémur. Celui-ci est ballant, plus ou moins bridé par les vestiges ligamenteux, par la rétraction musculaire péri-coxale. La marche n'est pas possible. Seule une intervention ankylosante peut permettre la fonction du membre, au prix d'un raccourcissement plus ou moins accentué. D'ailleurs, le pronostic ultérieur des luxations réduites avec grosse destruction n'est pas toujours favorable. Dans une lésion osseuse le pronostic vital importe beaucoup, mais le pronostic fonctionnel, orthopédique est tout aussi important, et nous croyons que les auteurs l'ont trop négligé dans le cas qui nous intéresse.

Signalons, pour expliquer la gravité de nos coxalgies, l'autorité si grande de M. Waldenstrom, de Stockholm. Pour lui, les ostéïtes tuberculeuses du col siégeant à sa partie inférieure, communiquent rapidement avec la synoviale et donnent ordinairement des coxalgies à forme grave. Nous nous rangeons volontiers à cet avis, car nos coxalgies avec luxation sont des formes limitées qui infectent la synoviale largement et qui évoluent de façon sérieuse. La gravité dans ces cas n'est pas fonction de la localisation initiale, mais de l'infection synoviale massive.

A ce sujet, nous nous permettrons de citer les travaux si intéressants de l'école italienne.

En 1907, au Congrès d'Orthopédie italien, M. Brondi, de Sienne, fit une communication. Pour lui, les coxalgies évoluaient de façon moins grave, moins sérieuse lorsque la hanche était luxée. L'ulcération compressive dans ces cas n'entre pas en jeu, et il évitait ainsi les grosses destructions secondaires. Aussi envisageait-il, pour les formes de coxalgie grave et rebelle, comme ultime ressource pour éviter la résection, une luxation par voie opératoire. Gallazi, qui réalisa cette pratique, prétendit en avoir tiré des succès. Nous nous garderons de conclure, n'ayant aucune expérience de la question. Mais il semble en effet que la luxation coxalgique, malgré notre pronostic ultérieur mauvais, soit encore préférable à la résection si choquante et si mutilante. La question mériterait d'être reprise.

Plus récemment, Dario Marigliano, dans « La Chirurgia degli organi di movimento » de 1921, tente de s'opposer chirurgicalement aux luxations coxalgiques précitées par un greffon ostéo-périodique. La technique chirurgicale, qu'il adopte en dernière analyse, est complexe. Le choc opératoire, qui suit toutes les grandes interventions sur la hanche, la difficulté des temps opératoires nous semblent presque contre-indiquer cette conduite, pour éviter une complication, en somme exceptionnelle.

Le pronostic des luxations coxalgiques est donc sous la dépendance de la facilité de la réduction et de

son maintien. Si celle-ci n'est pas possible ou est contre-indiquée, le pronostic fonctionnel ultérieur comporte de grandes réserves. Les coxalgies se compliquant de luxation sont ordinairement des formes à destruction rapide, et large par infection synoviale prédominante. Le pronostic relève ici de l'état général du malade et de l'état des extrémités articulaires après guérison.

Aussi croyons-nous qu'il est inutile de systématiser la tentative de certains auteurs, tel Bradford. Ceux-ci, en effet, luxaient les hanches coxalgiques pour empêcher l'ulcération compressive d'entrer en jeu. Cet auteur prétend en avoir tiré un bon résultat. Le pronostic des hanches luxées est aussi mauvais, si ce n'est plus, que celui des coxalgies banales destructrices. La luxation systématique nous semble moins soutenable que la conduite des Italiens, qui considèrent la luxation comme un pis-aller préférable à la résection.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Nous ne nous occuperons que du traitement des luxations vraies, compliquant la coxalgie.

Les classiques envisagent dans ce cas le traitement prophylactique et le traitement curatif.

A) TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Il faut toujours le tenter. Mais nous croyons que dans certains cas il est bien illusoire. En effet, nous savons que la luxation est quelquefois le premier symptôme révélateur de la coxalgie. Ici il est inutile de parler de traitement prophylactique.

Certes l'immobilisation rigoureuse, dans un grand appareil plâtré en position d'abduction, s'oppose à la déshabitation du cotyle. Cette attitude tend en effet à plaquer la tête fémorale dans le fond du cotyle. De plus, cet appareil bien moulé, prenant le pied et avec plaque de contre-adduction au niveau du thorax, s'opposera au jeu des muscles et en empêchant le

passage à l'attitude en adduction et rotation interne. il peut empêcher certaines luxations. Mais ne nous leurrons pas. Un malade de M. Nové-Josserand s'est luxé à la hanche sous un appareil plâtré. Notre petit malade de l'observation avait subluxé sa hanche au cours d'une paraplégie pottique?

Cette immobilisation en abduction est justiciable de l'heureuse évolution des subluxations de nos malades VII, VIII et IX. Il est certain qu'une mise en adduction du membre aurait parfait le déplacement.

Le traitement curatif est beaucoup plus important. L'étude du pronostic et de l'évolution nous a déjà permis de montrer qu'il n'y a pas un traitement unique de cette complication. Nous allons tenter de classer un peu les idées directrices.

Un fait déjà est acquis. Tous les auteurs, qui se sont occupés de la question sont d'un avis unanime. Il faut tenter la réduction toujours, mais sans manœuvres de force, sans myorexis comme dans les luxations congénitales. Nous avons déjà cité l'opinion de M. Nové-Josserand à ce sujet et résumé l'observation du malade à qui il appliqua cette méthode. Tout le monde sait que toute action traumatisante, mobilisante même simplement d'un foyer tuberculeux, est un facteur d'aggravation par excitation de la virulence microbienne. Les chirurgiens osseux savent très bien cela. Ils attendent toujours la fin d'évolution des foyers tuberculeux pour tenter les interventions orthopédiques. Et cela non point parce qu'il s'ensuivrait une généralisation tuberculeuse comme le

croyait Verneuil, mais parce que l'excitation d'une culture bacillaire en voie d'extinction la réveille. Il en est de même dans nos luxations. Par conséquent, il faut proscrire toute manœuvre de force de leur réduction. Est-ce à dire qu'il faille supprimer l'anesthésie, comme l'a écrit Vignard dans son traité : *Arthrites tuberculeuses*? « Lorsqu'elle (la luxation) se produit, il faut tenter de la réduire sans anesthésie, sans aucune manœuvre de force par traction et abduction. »

Nous croyons, au contraire, l'anesthésie indispensable pour faire céder les contractures musculaires constantes, encore accrues par la défense réflexe d'un malade toujours plus ou moins craintif.

Sous anesthésie, par simple mise de la hanche en abduction et rotation inverse, on tentera la mise en place de la tête fémorale.

Trois cas sont ici à envisager :

1° Le fémur est facilement mobilisable; sans effort on sent la tête revenir dans le cotyle. La luxation est réduite. Il reste à la maintenir dans un appareil plâtré en abduction forte et rotation indifférente.

2° Le fémur est facilement mobilisable; mais on n'arrive pas à l'abaisser, ou à le ramener en face du cotyle. Il est inutile d'insister. Nous rattachons à ces cas ceux où la tête fémorale vient en face du cotyle; on sent qu'elle double le rebord cotyloïdien, mais qu'elle ne « s'emboîte pas »; il existe une résistance élastique, due à un abcès ou un paquet de fongosités. Ici encore il est inutile d'insister, comme l'ont fait cer-

tains, en appuyant avec force sur la face externe du trochanter. Ainsi chez la petite malade que Broca publie comme coxalgique dans la *Revue d'Orthopédie*, juillet 1906 et qu'ultérieurement il estima arthrite ostéomyélitique, la réduction fut brusque, sans ressaut. « Il fut évident, toutefois, que la tête passait sur une sorte de coussin fongueux et que d'autre part elle se déboîtait facilement par flexion et adduction. » L'évolution si favorable lui fit rectifier son diagnostic.

3° La réduction est faite, mais ne se maintient pas. Dans ce cas, la luxation nouvelle prouve que l'abcès continue à refouler la tête, et qu'une nouvelle réduction ne sera faite qu'au prix d'un traumatisme dangereux. Aussi faut-il laisser évoluer les choses.

Les contre-indications de la réduction sont encore plus nombreuses. Avec Nové-Josserand, nous croyons qu'il faut respecter les hanches luxées présentant de gros abcès ou des fistules. De même une coxalgie avec gros empâtement, grosse chaleur locale, et mauvais état général, doit faire renoncer à toute manœuvre de redressement.

L'expérience a montré également qu'il ne fallait jamais intervenir dans les foyers coxalgiques graves avec fièvre élevée et signes de bacillémie. Tout traumatisme dans ces cas est un facteur d'aggravation et de lésion locale et de la septicémie tuberculeuse. C'est chez de tels malades qu'apparaissent des complications mortelles après toute intervention chirurgicale ou autre, telles que méningite, etc...

Quelle est la conduite à tenir en face de coxalgies

non réductibles? En cours d'évolution, il faudra se contenter d'immobiliser strictement le membre et dans une attitude favorable. Il sera toujours facile de rectifier la rotation. C'est à ces malades qu'il faudrait appliquer ce que Jouön conseillait comme traitement prophylactique : l'extension continue combinée à l'immobilisation dans un appareil plâtré. Mieux vaut encore le grand appareil plâtré, bien moulé sur toutes les saillies osseuses, et prenant le pied. Il peut empêcher la luxation de s'accroître plus en haut et plus en arrière.

Si la coxalgie évoluait de façon très sérieuse, avec état général mauvais, multifistulisation, fièvre hectique, gros foie et grosse rate, albuminurie et urobilinurie, la luxation non réduite serait un élément de plus en faveur de la résection de la hanche. C'est d'ailleurs ce qu'a fait Nové-Josserand dans l'observation de lui, que nous citons plus haut (Obs. X).

Ce pis-aller chirurgical fut d'ailleurs un moment envisagé pour notre petite malade de l'observation IV. Heureusement, tout évolua ultérieurement pour le mieux.

En fin d'évolution, le problème thérapeutique peut à nouveau se poser. En général, c'est le cas de nos malades, la destruction osseuse est large et l'on se trouve ainsi ramené à des cas semblables à ceux des déplacements secondaires par usure. Le moignon fémoral est remonté plus ou moins haut dans la fosse iliaque externe; le cotyle est plus ou moins agrandi. Trois situations différentes peuvent être envisagées

1° Le moignon fémoral est solidement soudé (il faut vérifier les ankyloses sous anesthésie générale) à l'os iliaque. La cuisse est en bonne position; seul subsiste un raccourcissement plus ou moins marqué. Il faut voir si les lésions sont éteintes, faire un appareil de contention et l'enfant commence à marcher.

2° L'ankylose est solide; mais la cuisse est en mauvaise position, en adduction par exemple, ou en rotation marquée. L'épreuve de la marche est déficiente; dans ce cas, une ostéotomie sous-trochatérienne améliorera le pronostic fonctionnel.

3° La hanche est ballante, ou l'ankylose est insuffisamment serrée, et la marche est douloureuse ou défectueuse. On sera amené dans de semblables circonstances à pratiquer une intervention ankylosante. Nous n'avons pas ici à rentrer dans les détails de ces opérations, ce serait dépasser le cadre de notre étude.

Résumons ces données thérapeutiques :

1° Réduire, lorsque la réduction est facile, ne nécessite aucune manœuvre de force, lorsqu'il n'y a pas de suppuration, et que l'état général du sujet le permet.

2° Lorsqu'on ne réduit pas, mettre le membre en position la plus favorable et immobiliser strictement.

3° Ultérieurement le traitement sera guidé par le pronostic et par l'évolution fonctionnelle de la coxalgie.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

I. — Les luxations coxalgiques vraies s'opposent par leur étude clinique, leur rareté, leurs lésions, aux déplacements secondaires par usure.

Elles sont ordinairement précoces, le plus souvent spontanées, tantôt soudaines, tantôt insidieuses. Nous croyons que le caractère de soudaineté est loin d'être la règle, comme beaucoup l'ont écrit.

II. — Elles supposent une intégrité presque totale des contours osseux articulaires; elles semblent se rencontrer le plus fréquemment dans les formes coxalgiques à prédominance synoviale. Nous croyons que celles-ci s'expliquent, *dans certains cas*, par une ostéite limitée articulaire, siégeant en dehors des zones d'influence de l'ulcération compressive : partie inférieure de la tête et du col, partie verticale du cotyle, qui donnerait lieu à une infection massive de la séreuse articulaire. Ceci est susceptible d'expliquer

le contraste d'un abcès articulaire, associé à des lésions osseuses minimes.

III. — Ces luxations peuvent être produites de deux façons :

A) *par refoulement de la tête* par un abcès articulaire ou un bloc de fongosités et *destruction large* des parties molles par le même processus. Ce sont les luxations et subluxations en abduction et rotation externe;

B) au refoulement de la tête s'ajoute une *contraction musculaire*, qui sort *brusquement* la tête hors du cotyle : c'est la variété pseudo-traumatique en adduction et rotation interne.

Au refoulement de la tête s'ajoute une *contracture musculaire*, qui *lentement* sortira la tête fémorale hors du cotyle : ce sont les luxations en adduction à début lent et insidieux.

IV. — Le diagnostic est le plus souvent facile. L'examen clinique et radiographique permettent de le préciser.

V. — Si aucune contr'indication n'existe (grosse suppuration, mauvais état général, signes de bactériémie, etc.) il faut toujours tenter de réduire ces luxations. Cette réduction devra être faite *sous anesthésie* sans aucune manœuvre de force. Elle n'est pas tou-

jours possible, ni facile à maintenir, comme l'ont écrit certains auteurs.

VI. — Le pronostic n'est pas aussi favorable que d'aucuns l'ont prétendu. Ces luxations sont le propre de coxalgies suppurées, évoluant de façon sérieuse ou grave, avec grosses destructions osseuses ultérieures. Par elle-même, la luxation n'est pas un symptôme aggravant, si elle est réductible et qu'elle se maintienne réduite. Dans le cas contraire, elle aggrave le pronostic fonctionnel, car la marche sera déficiente, sans appui solide.

VU
Le Président,
OMBRÉDANNE.

VU et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

VU
Le Doyen,
H. ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- KIRMISSON. — Des luxations soudaines au cours de la coxalgie. *Revue d'Orthopédie*, janvier 1899.
- CABOCHE. — Id., *Revue d'Orthopédie*, 1898.
- KIRMISSON. — Id., *Bulletin de l'Académie de Médecine*, mars 1900.
- BERGER. — Rapport sur la communication de M. Kirmisson. *Bull. Acad. Méd.*, nov. 1900.
- JOUON. — Lux. soudaine dans le trou ovale au début de coxalgie. *Revue d'Orth.*, janvier 1901.
- *Thèse*, Paris, 1901.
- DICT. DECHAMBRE. — Article « Coxalgie » Mathieu et Strauss.
- BROCA. — *Revue d'Orthopédie*, 1906.
- BRONDI. — IV^e Congrès de la Soc. Orth. Italienne de Science, 1907.
- NOVÉ-JOSSERAND et PERRIN. — *Revue d'Orth.*, mai 1909.
- LANCE. — Luxations vraies et fausses de la coxalgie. *Revue d'Orthopédie*, mars 1912.
- *Revue d'Orthopédie*, 1913.
- OMBRADONNE. — *Revue d'Orthopédie*, novembre 1913.
- TRIDON. — *Revue d'Orthopédie*, mars 1912.
- *Bulletin de la Société Anatomique*, 1921.
- TRIDON et VIÉ. — *Bulletin de la Société Anat.*, nov. 1922.
- DARIO MARIGLIANO. — *Chir. degli organi di movimento*, 1921.

- LE GUICHAOUA. — *Thèse de Paris*, 1901.
- BROCA. — *Journal des Praticiens*, 11 sept. 1920. Coxalgie à début aigu.
- BONNET. — *Traité des maladies des articulations*.
- SORREL. — *Rapport au Congrès d'Orthopédie*, 1922.
« Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche ».
- *Bulletin de la Société Anatomique*, 1921.
- Généralités sur la tuberculose ostéo-articulaire. *Presse Médicale*, 1921 (n^{os} 2 et 11).
- Déformation des membres inférieurs. *Journal Médical français*, janvier 1925.
- Coxa Vara. *Bull. et Mém. de la Société nationale de Chirurgie*, mai 1926.
- V. MÉNARD. — *De la Coxalgie*, 1907 (Masson, édit.).
- WALDENSTROM. — *Tubercul. du col fémoral chez l'enfant*. Stockholm, 1910.
- DUCROQUET. — *Thérapeutique orthopédique*.
- LANNELONGUE. — *De la Coxo-tuberculose*.
- *De l'Ostéomyélite aiguë*.
- *De l'Ostéomyélite prolongée et chronique d'emblée*.
- BROCA. — *Tuberculose chirurgicale*, in Masson, 1913.
- BROCA et MONOD. — Maladies des articulations, in *Traité de Delbet et Schwartz*, t. X.
- BROCA, DELANGLADE et BARBARIN. — Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche. Juillet, sept., nov. 1902, *Rev. d'Orthop.*
- LAMY. — Coxalgie et luxation congénitale. *Revue d'Orth.*, janvier 1909.
- GRISSEL. — Luxations paralytiques. *Revue d'Orth.*, 1908.
- LANCE. — Ostéites juxtacoxales chez l'enfant. *Revue d'Orth.*, juillet 1901.
- M^{lle} CHAUCHEAU. — Ostéites tuberculeuses juxta-coxales. *Thèse de Paris*, 1922 (Legrand, édit.).

- M^{lle} GUYOT. — Ostéites tuberculeuses justagonales. *Thèse de Paris*, 1923 (Legrand, édit.).
- LANCE. — Coxa Valga subluxans. *Rev. Orth.*, mars 1913.
- LE FORT. — Luxations au cours de l'ostéomyélite de la hanche. *Echo médical du Nord*, mars 1927.
- NICOLAS. — Ostéomyélite de la hanche. *Thèse Montpellier*, 1925-26.
- GASNE. — Luxat. path. de la hanche chez les enfants. *La Consultation*, septembre 1926.
- RENDU et MAITREJEAN. — Luxations traumatiques chez l'enfant. *Revue d'Orth.*, novembre 1924.
- CHOYCE (C. C.). — Luxation traumatique de la hanche. *Brit. Journ. Surg.*, 1924.
- RAILLET. — Pyarthrites aiguës du nourrisson. *Revue d'Orthopédie*, mars 1908.
- Ch. M. JACOBS. — Luxations et arthrites aiguës de la hanche. *Amér. Journ. of Orthop. Surgery*, 1913, t. XI.
- MAR. MERLE. — Arthrites de la Scarlatine. *Thèse Paris*, 1922.
- PIQUET. — Ostéomyélite simulant la coxalgie. *Nord médical*, juillet 1927.
-

